

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II
DOTTORATO DI RICERCA IN
“ECONOMIA E MANAGEMENT DELLE AZIENDE E DELLE ORGANIZZAZIONI
SANITARIE”
XXI CICLO

La nascita di un sistema di controllo di gestione:
risvolti gestionali, organizzativi ed economici.
Il caso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II

Tesi di Dottorato di:

Roberto DELFINO

Anno Accademico 2008-2009

INDICE

Introduzione

Capitolo I

Il servizio sanitario nazionale.....4

Capitolo II

I sistemi di programmazione controllo di gestione.....30

Capitolo III

Il sistema di contabilità analitica.....44

Capitolo VI

Il caso di studio dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.....64

Conclusioni

Bibliografia

Allegati

INTRODUZIONE

Questa tesi affronta, nell'ambito della tematica del *management sanitario*, l'iter di implementazione di un efficiente Sistema di Controllo di Gestione nelle Aziende Sanitarie e nel caso specifico nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II.

Il lavoro di tesi può considerarsi frutto di due momenti conoscitivi: il primo, teorico, sviluppato per acquisire le adeguate conoscenze sulla normativa in materia di Sanità, sui sistemi di programmazione e controllo e su come, secondo la letteratura, dovrebbe essere strutturato un adeguato Sistema di contabilità analitica; il secondo, sperimentale, è frutto di un'esperienza svolta sul campo presso l'A.O.U. "Federico II", attraverso la quale si è giunti a dimostrare che la nascita di un sistema di controllo di gestione è frutto di un lavoro complesso ed articolato che ha un impatto fortissimo su tutta l'azienda, che presuppone una grande commitment aziendale, e soprattutto diventa strumento indispensabile in momenti come quello attuale di grave mancanza di risorse economiche strutturali umane e strumentali.

Il lavoro svolto evidenzia una serie di considerazioni e di criticità collegate alla realizzazione del sistema, fornendo lo spunto per ulteriori approfondimenti da sviluppare sul campo.

Capitolo I

IL SERVIZIO SANITARIO ITALIANO

1.1 Le riforme sanitarie e le principali implicazioni di carattere organizzativo e gestionale

Come per la maggior parte dei processi di rinnovamento, istituzionali e non, i presupposti per le varie Riforme in materia di Sanità sono stati rappresentati, di volta in volta, dalle profonde crisi, di natura sociale, politica o economica, che il Sistema Sanitario ha dovuto affrontare.

L'impostazione spiccatamente solidaristica dei servizi sanitari pubblici, la crescita continua ed incontrollata della spesa pubblica, la burocratizzazione delle amministrazioni pubbliche, l'arretratezza tecnologica delle strutture, le inefficienze dei servizi e gli sprechi nella gestione delle risorse, sono alcuni tra i tanti fattori critici che hanno contribuito alla spinta verso il processo di modernizzazione e di aziendalizzazione del sistema sanitario italiano.

Le principali riforme sanitarie e le più significative innovazioni/implicazioni di carattere organizzativo e gestionale sono descritte, in sintesi, nella tabella 1.1.

	RIFORMA	OGGETTO	IMPLICAZIONI
I	Legge 833/1978	Istituzione del SSN	<ul style="list-style-type: none"> — Istituzione delle USL; — integrazione verticale ed orizzontale di tutti i servizi sanitari, ricondotti alle USL; — unificazione dei numerosi Enti e soppressione degli Enti ospedalieri; — potenziamento dei servizi assistenziali di primo livello con la creazione del Distretto sanitario di base; — decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale al livello regionale e locale; — razionalizzazione della spesa sanitaria, mediante l'introduzione della programmazione, come strumento di controllo dell'impiego delle risorse, e di un fondo sanitario nazionale unitario (FSN).
			<ul style="list-style-type: none"> — <i>Aziendalizzazione:</i> <ul style="list-style-type: none"> • istituzione di ASL e AO; • istituzione della figura del Direttore Generale;

II	D. Lgs n. 502/1992	Riordino del SSN	<ul style="list-style-type: none"> • adozione di nuovi strumenti gestionali, di programmazione e controllo, di GRU; • istituzione dei Dipartimenti di Prevenzione; • obbligo per le ASL di assicurare i LEA.
II	D. Lgs n. 502/1992	Riordino del SSN	<ul style="list-style-type: none"> — <i>Regionalizzazione.</i> — <i>Quasi mercato.</i>
III	D. Lgs 229/1999 o “ <i>Riforma Bindi</i> ”	Razionalizzazione del SSN	<ul style="list-style-type: none"> — Rafforzamento del modello organizzativo aziendale; — definizione di <i>Distretto</i>; — organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione delle aziende sanitarie; — integrazione socio-sanitaria; — autorizzazione e accreditamento delle strutture; — esclusività del rapporto di lavoro; — stipula dei <i>Protocolli d’intesa</i>.
IV	D. Lgs 56/2000 o “ <i>Federalismo fiscale</i> ”	Nuovo meccanismo di finanziamento del SSN	<ul style="list-style-type: none"> — Abolizione del Fondo Sanitario Nazionale; — nascita del “<i>fondo perequativo nazionale</i>”

Tabella n. 1.1 - Fonte: *Sunto della normativa nazionale.*

I. Legge 833/1978.

L'impegno dello Stato a garantire ai propri cittadini livelli soddisfacenti di salute costituisce un punto di arrivo raggiunto dai paesi occidentali da non molti anni (Anselmi-Volpatto, 1990); ciò grazie all'accettazione di principi di solidarietà connessi all'affermarsi dello stato di "benessere" : la riforma del 1978 è conseguenza della diffusione anche nel nostro paese di tale tipo di valori (Olla-Pavan, 1996).

Negli anni sessanta, nel contesto di un generale innalzamento del livello di vita della popolazione, si pose quello del miglioramento delle condizioni di salute della stessa, stabilendo per la prima volta una stretta correlazione tra la situazione economica del paese e la sua realtà socio-sanitaria. Si approdò alla Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso la legge 23 dicembre 1978, n°833, con la quale dopo cinquant'anni si parla di cittadini e non solo di mutuatari e di assicurati, di salute dopo che per secoli si è parlato solo di malattia.

Lo spirito legislativo è quello del pari diritto della popolazione alla salute, al di là delle condizioni e della propria posizione sociale, nell'ottica dell'unitarietà e della globalità degli interventi sanitari integrati con il settore sociale e da realizzarsi con la partecipazione attiva dei cittadini. Si stabilì il primato della conservazione dello stato di salute rispetto agli interventi tesi alla cura e alla riabilitazione, agendo anche nella prospettiva che il mantenimento dello stato di salute avrebbe permesso di contenere la spesa sanitaria.

L'istituzione e la gestione delle USL, definite all'art. 10 della l. 833/78 come il *"complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni singoli o associati e delle Comunità montane, i quali, in un ambito territorialmente determinato, assolvono ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale"*, rappresenta la principale implicazione organizzativa

gestionale della prima riforma sanitaria, per i maggiori contenuti innovativi, orientati alla valorizzazione dell'iniziativa e dell'autonomia periferica per una diretta rispondenza all'esigenze dei cittadini-utenti del Servizio Sanitario.

L'Unità Sanitaria Locale rappresenta lo strumento esecutivo fondamentale del servizio di assistenza sanitaria nazionale, con un ambito territoriale relativo coincidente, in linea di massima, con quello comunale (relativamente ad un'area occupata dai 50.000 ai 200.000 abitanti). Le sue funzioni consistono nel provvedere: all'educazione sanitaria, all'igiene dell'ambiente, alla prevenzione delle malattie fisiche e psichiche, all'assistenza psichiatrica, all'igiene e alla medicina scolastica, del lavoro, dello sport, all'assistenza medico-generica, specialistica, farmaceutica, alla cura e riabilitazione dei pazienti, al controllo igienico dei prodotti e alimenti, alla profilassi veterinaria e ad ogni tipo di certificazione e prestazione medico-legale.

Sul piano delle competenze, delle responsabilità e dell'organizzazione strutturale, le USL sono suddivise in vari organi :

1. *Assemblea Generale*: deputata all'elezione del Comitato di Gestione, all'approvazione dei bilanci e dei conti consuntivi, dei piani e dei programmi, della pianta organica del personale, dei regolamenti e delle convenzioni.

2. *Comitato di Gestione*: addetto alla nomina del suo Presidente, all'adozione di tutti gli atti amministrativi delle USL, alla predisposizione degli atti demandati alla specifica competenza dell'Assemblea.

3. *Collegio dei Revisori*: impegnato nella sottoscrizione dei rendiconti, nella relazione trimestrale sulla gestione amministrativa contabile delle USL per la Regione e per i Ministeri della Sanità e del Tesoro.

4. *Ufficio di Direzione*: collegialmente preposto all'organizzazione, al coordinamento ed al funzionamento di tutti i servizi , composto da tutti i responsabili dell'USL che ricoprono posizioni apicali nei ruoli di appartenenza.

5. *Coordinatore Sanitario e Coordinatore Amministrativo*: scelti tra i componenti dell'Ufficio di Direzione, assicurano il coordinamento di tale ufficio.

Mentre l'USL assume, come visto, il ruolo di strumento operativo del SSN sul territorio, spetta alla programmazione sanitaria definire le linee guida per il perseguimento degli obiettivi prefissati, e tale fase si sviluppa su tre livelli:

- *Nazionale*: il Ministero della Sanità mediante il Piano Sanitario Nazionale (PSN), di durata triennale, fornisce le linee generali di indirizzo, le modalità di svolgimento e di coordinamento delle attività istituzionali del SSN , in conformità agli obiettivi della programmazione socio-economica dello Stato, indica gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, fissa i livelli uniformi di assistenza sul territorio e determina i criteri per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) tra le singole Regioni.

- *Regionale*: le Regioni mediante il Piano Sanitario Regionale (PSR), anch'esso di durata triennale e sviluppato in corrispondenza temporale e coerentemente a quello nazionale, descrivono le linee programmatiche regionali a cui devono riferirsi gli organi di gestione delle USL e i criteri di riparto del Fondo Sanitario Regionale (FSR) tra le varie USL, affinché venga garantito un livello uniforme di prestazioni sul territorio.

- *Comunale*: sia attraverso i Comuni, che svolgono funzioni di indirizzo e controllo, sia mediante le USL, di cui già sono state descritte competenze e struttura, che provvedono alla gestione diretta ed indiretta dei servizi.

II D. Lgs. n. 502/92.

Il sistema di finanziamento del SSN, fonte di grandi critiche perché ritenuto una delle principali cause di inefficienze e sprechi, oltre che responsabile della crescita a dismisura della spesa per la Sanità, si basa (come illustrato in fig. 1.1) su una prima distribuzione delle risorse finanziarie dallo Stato alle Regioni, sulla base della spesa storica e della quota capitolaria, e poi da queste alle USL, sulla base di criteri regionali, per poi prevedere in secondo momento due fasi di ripiano per gli eventuali disavanzi tra spesa effettiva e fabbisogno previsto.

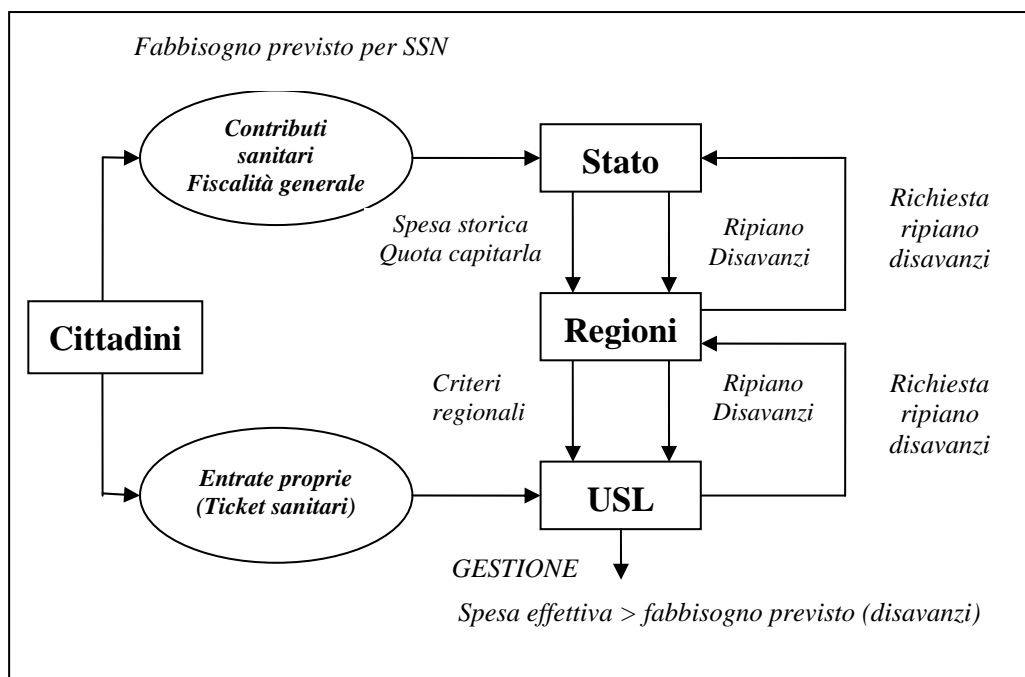


Figura n. 1.1 - Sistema di finanziamento accentrato.

La crescita smisurata ed incontrollata della spesa sanitaria, pur risultando un aspetto deleterio, non è stato l'unico fattore che ha generato la profonda crisi del SSN, gettando le basi per la successiva Riforma; possono pertanto mettersi in evidenza tra le varie concause:

- *burocratizzazione* delle USL, evidenziata dall'eccessiva formalizzazione delle attività e dalla matrice politica assunta dagli organi di gestione delle USL (Assemblea generale e Comitato di Gestione);
- *manca*za di *autonomia* e di *direzione manageriale* delle USL;
- *deresponsabilizzazione finanziaria* delle USL e delle Regioni, con conseguenti ritardi nella formulazione dei PSN, PSR e nella definizione e ripartizione del FSN, elementi programmatici essenziali per il SSN;
- *insoddisfazione* e *crescita incontrollata* della domanda di servizi da parte dei clienti-utenti;
- *scarsa attenzione* agli aspetti non direttamente correlati con l'assistenza.

L'ingresso delle supertecnologie nella diagnosi e terapia, insieme ad una sempre più pressante richiesta di salute da parte dei cittadini formati ormai in una sanità a forte impronta universale e solidaristica, come era stata disegnata dalla Legge 833/78, ha determinato un incremento progressivo della spesa sanitaria.

Questo fenomeno si è presentato in tutti i paesi occidentali che hanno dovuto rivedere le loro scelte di politica economica per rispetto degli equilibri sanciti dal Trattato di Maastricht.

Si è corso ai ripari provvedendo a ridistribuire le risorse nel tentativo di conciliare due aspetti antipodi:

- la richiesta individuale di salute, che è per sua natura illimitata, con
- le risorse sociali ed economiche che sono invece limitate.

È pertanto all'interno di un ampio disegno di ammodernamento e razionalizzazione della pubblica amministrazione che si colloca il Decreto Legislativo n. 502 del 30 Dicembre 1992 riguardante il *“Riordino della disciplina in materia sanitaria”* con le successive modifiche (D. Lgs. 517/93).

Le principali novità di carattere organizzativo-gestionale introdotte dal D. Lgs. n. 502/92, e successive modifiche, possono essere suddivise in tre macroaree:

a) Aziendalizzazione :

- istituzione delle Aziende sanitarie (Aziende USL e Aziende ospedaliere) dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica;
- istituzione della figura del Direttore Generale, a cui sono affidati tutti i poteri di gestione e di rappresentanza dell'Unità Sanitaria Locale, atto alla nomina diretta del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo;
- creazione della dirigenza del ruolo sanitario articolata in due livelli : il primo che unifica le vecchie figure degli assistenti e degli aiuti, il secondo, di nomina quinquennale, costituito da ex primari scelti da un'apposita commissione di esperti e nominati dal Direttore Generale;
- de-burocratizzazione (eteroreferenzialità) e gestione di risorse e processi secondo i principi di efficacia, efficienza ed economicità;
- introduzione della contabilità analitica per centri di costo e l'obbligo per ASL e AO di rendere pubblici, annualmente, gli andamenti delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo;

- adozione di nuovi strumenti di gestione, sistemi contabili, di P&C, di gestione del personale e di marketing pubblico.

b) Regionalizzazione :

- la Regione diviene titolare della funzione legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, è chiamata a fornire le linee di indirizzo per l'organizzazione e la gestione delle strutture operative, è responsabile della programmazione sanitaria regionale, tutto ciò sempre nel rispetto dei principi contenuti nelle leggi nazionali e nel disposto PSN, ed in coerenza con le risorse assegnate e con le specifiche esigenze del territorio ;
- spetta alle Regioni il compito di ridefinire i confini delle USL, riducendone il numero e facendone coincidere l'ambito territoriale con quello della provincia, tranne nei casi particolari (aree montane, alta densità di popolazione);
- sono le singole Regioni a stabilire le tariffe delle prestazioni, in base al costo delle prestazioni stesse, alla luce del nuovo sistema di finanziamento (fig. 1.2), con pagamento non più a piè di lista ma a prestazione erogata.

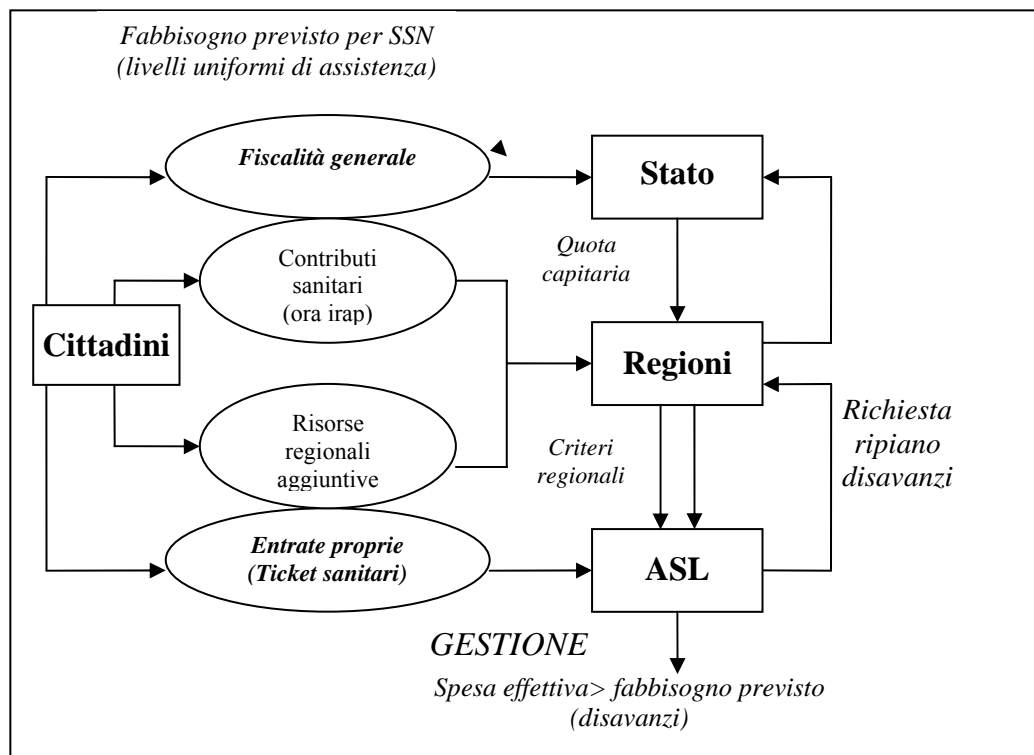


Figura n. 1.2 – Nuovo modello di finanziamento.

c) Quasi mercato :

- introduzione del sistema dell'accreditamento con un'apertura, almeno teorica, del mercato sanitario alla libera concorrenza tra strutture pubbliche e private;
- parziale separazione tra acquirente "per conto del paziente" (Azienda USL) e produttore (nuove AO e privato accreditato);
- adozione sistematica del metodo di verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni.

		Produzione	
		Pubblica	Privata
Finanziamento	Pubblico	Produzione istituzionale	Strutture accreditate
	Privato	Area a pagamento ; libera professione intramoenia ; ticket.	Privato-Privato

Tabella n. 1.2 - Sistema di accreditamento.

III D. Lgs. n. 229/99.

La riforma del SSN operata nel 1992/93 può essere inquadrata in un disegno complessivo di revisione istituzionale e organizzativa del sistema sanitario. Si è trattato di un intervento articolato e di difficile implementazione. Molto complessa appare quindi ogni valutazione sul modo in cui, negli anni successivi alla riforma, i previsti cambiamenti si sono venuti sviluppando (Rea, 2006). Tuttavia, già negli anni immediatamente successivi alla prima riforma del 1992,

si sono evidenziati con tutta chiarezza alcuni “segnali” che, più di altri, hanno rappresentato la manifestazione più immediata di un processo di cambiamento difficile. In questo contesto istituzionale si è calata la terza riforma sanitaria (D.Lgs. 229/99) o “Riforma Bindi”, avente per oggetto “ la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e l’adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale ”.

I principi generali della terza Riforma sanitaria sono stati volutamente improntati, innanzitutto, alla conferma dell’importanza del SSN (Legge 833/78) come strumento attraverso cui l’ordinamento svolge il compito istituzionale di tutela della salute, garantendo “...i livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA) definiti dal Piano Sanitario Nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse” (art. 1 comma 2, D.Lgs. 229/99). Secondo importante aspetto, per il Ministero della Sanità, riguardava la valorizzazione della parte più innovativa della legislazione del 1992/1993, incentrata sul completamento del processo di regionalizzazione del sistema e di aziendalizzazione delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. In particolare s’intende rafforzare il principio secondo il quale una Azienda sanitaria deve essere in grado di soddisfare efficacemente e contestualmente tutti i requisiti fondamentali richiesti ad una unità economica destinata ad operare nel sistema sanitario:

- garanzia di equità nell'accesso ai servizi in ragione delle necessità assistenziali;
- efficacia negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione ;
- efficienza nella produzione e distribuzione delle prestazioni e dei servizi necessari ed appropriati secondo le condizioni di ciascuno.

Inoltre la necessità di qualificare le Aziende sanitarie come unità economiche, dotate di risorse proprie e di autonomia imprenditoriale, ha indotto a creare un modello di organizzazione delle Aziende sanitarie che non è sovrapponibile ad alcuna delle forme di azienda conosciute nel nostro ordinamento; la legge prevede infatti che le Aziende sanitarie abbiano personalità giuridica pubblica, ma agiscano attraverso atti di diritto privato e siano chiamate a rispondere del raggiungimento degli obiettivi di salute imposti dalla programmazione nazionale e regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Le principali innovazioni di carattere organizzativo-gestionale introdotte dal D. Lgs 229/99 sono:

- Definizione dei Distretti: sono definiti per la prima volta in maniera organica e sistematica il ruolo e le funzioni del distretto, come articolazione operativa dell'Azienda USL. Il distretto ha la funzione di garantire accessibilità, continuità e tempestività di risposta assistenziale e di favorire un approccio intersettoriale alla promozione della salute, garantendo in particolare l'integrazione fra assistenza sanitaria ed assistenza sociale. Accanto alla funzione di

produttore di prestazioni nell'ambito dell'assistenza primaria, tramite strutture organizzate in forma dipartimentale, esso assume un ruolo di governo per l'integrazione dell'attività dei servizi e dei dipartimenti dell'Azienda USL, inclusi i presidi ospedalieri, fra di loro e con l'assistenza sociale, in attuazione delle strategie aziendali, formalizzate nel Piano territoriale della salute elaborato d'intesa con le amministrazioni comunali;

- Integrazione socio-sanitaria: le prestazioni socio-sanitarie comprendono le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite, e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione sociale.
- Autorizzazione ed accreditamento delle strutture: al fine di garantire al cittadino di esercitare la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti accreditati, vengono rilasciate dal comune le autorizzazioni per la realizzazione di strutture e per l'esercizio di attività sanitaria e socio-sanitaria da parte di strutture pubbliche e private se in possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi.

- Fondi integrativi del SSN: sindacati, aziende, associazioni, regioni ed enti locali possono istituire fondi integrativi per rimborsi di cure odontoiatriche, cure termali, terapie non convenzionali, ticket di esami e visite specialistiche, prestazioni in libera professione entro la struttura ospedaliera con determinate regole prefissate, assistenza domiciliare e ricoveri in residenze assistenziali.
- Esclusività del rapporto di lavoro: i medici dovranno scegliere tra rapporto esclusivo e libera professione fuori dal servizio sanitario. Con il nuovo sistema, dal 10 gennaio 2000, solo chi avrà scelto il rapporto esclusivo con il SSN potrà dirigere distretti, dipartimenti, reparti ed unità operative. Il rapporto esclusivo di lavoro consente l'attività di libero professionista solo all'interno della struttura, l'esclusività è obbligatoria per gli assunti dal 31 dicembre '98. Scompare la figura del primario a vita e per essere confermati in carica bisogna superare ogni 5 anni una verifica interna. I medici di famiglia possono esercitare la libera professione ma con l'obbligo di comunicare luogo ed orario dell'attività privata. Per i medici che non esercitano in privato sono previsti incentivi.
- Dipartimenti: l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.
- Dipartimento di prevenzione: organizza l'insieme delle attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica in linea con le indicazioni

del PSN, intervenendo sugli aspetti intersettoriali che concorrono alla promozione e alla tutela della salute: dal contesto ambientale alla salute animale, dalla sicurezza degli alimenti alla prevenzione dei rischi nei luoghi di lavoro. Coordina inoltre tutte le attività di vigilanza e controllo dei servizi veterinari.

- **Formazione continua e formazione manageriale:** la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale, ossia l'attività diretta ad adeguare le conoscenze professionali, e la formazione permanente, ossia le attività finalizzate a migliorare le competenze, le abilità cliniche ed i comportamenti degli operatori sanitari. Essa avviene mediante corsi, seminari e convegni organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate, o mediante partecipazione a studi clinici sperimentali, ad attività di ricerca e di sviluppo. Gli obiettivi formativi di interesse nazionale, gli indirizzi dei programmi di formazione e la valutazione delle esperienze formative sono di competenza della commissione nazionale per la formazione continua, che li elabora ogni 5 anni. La formazione manageriale, invece, è requisito necessario per lo svolgimento di incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per l'esercizio delle funzioni dirigenziali di secondo livello. Tale formazione si consegue, dopo l'assunzione dell'incarico, con la frequenza ed il superamento di corsi appositamente istituiti.

- Protocolli d'intesa: vengono stipulati tra Regioni, Università e strutture del SSN per la regolamentazione dello svolgimento delle attività assistenziali e delle strutture per la formazione specialistica.

IV. D. Lgs 56/2000.

Il D. Lgs. 229/99, pur innovando e completando alcuni aspetti relativi alla organizzazione ed al funzionamento del SSN, non affronta il tema fondamentale del finanziamento del SSN.

Risulta contenuto nel D.Lgs. 56/2000 di attuazione del “federalismo fiscale” il primo vero e proprio meccanismo di finanziamento del SSN che, nell’ambito degli interventi di razionalizzazione del sistema fiscale, introduce una serie di importanti innovazioni nella finanza delle regioni a statuto ordinario. In particolare prevede:

- l’abolizione del Fondo Sanitario Nazionale di parte corrente, l’assegnazione delle risorse tributarie direttamente alle Regioni a statuto ordinario secondo il principio della compartecipazione al gettito delle principali imposte (IVA, IRPEF e intero gettito IRAP) e l’aumento della compartecipazione regionale all’accisa sulla benzina;
- la nascita di un “fondo perequativo nazionale” destinato alla realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale, alimentato dalle quote di compartecipazione all’IVA che le Regioni “ricche”

mettono a disposizione delle Regioni “povere” a titolo di concorso alla solidarietà;

- che le entrate delle Regioni a statuto ordinario non siano più soggette ad alcun vincolo di destinazione, ma servano a finanziare la totalità delle funzioni trasferite, in altri termini la Sanità entra in competizione con gli altri settori di competenza regionale.

Senza entrare nel merito del dibattito strettamente legato ad aspetti politici e sociali riguardanti il D. Lgs. 56/2000, è opportuno evidenziare che se da un lato sono chiari i fattori che hanno contribuito a spingere verso il federalismo fiscale, come il risanamento della finanza pubblica, l’apertura alla competizione internazionale, la riduzione della pressione fiscale (aspettativa delle Regioni economicamente più forti) ed il permanere dei divari tra nord e sud del paese, dall’altro non sembrano tali i principi in base ai quali sono stati distribuiti i compiti tra i diversi livelli di governo e, soprattutto, come possa essere attenuato il rischio di esaltare i già profondi squilibri territoriali esistenti in Italia.

Il problema è come rendere compatibili due elementi apparentemente in contrapposizione, quali l’interesse del governo centrale per la tutela della salute ed il principio dell’autogoverno del livello locale, situazione che porta il SSN ad aspirare ad essere nazionale nelle garanzie e regionale nelle responsabilità.

Ecco, quindi, che i Livelli essenziali di assistenza (LEA), introdotti con il D.Lgs. 502/92, assumono il ruolo di strumento per la salvaguardia dei principi di universalità ed equità del servizio sanitario.

Inoltre i LEA svolgono una duplice funzione: rappresentano il mezzo mediante il quale garantire omogeneità di diritti relativi alla salute per tutti i cittadini a prescindere dal tipo di organizzazione sanitaria preposta e responsabilizzano le Regioni alla copertura delle spese superiori al finanziamento in conto capitale dello Stato, definendo le attività finanziabili a carico del SSN.

1.2 Attuale assetto istituzionale del SSN

L'evoluzione del Ssn descritta nei precedenti paragrafi rende opportuna, a questo punto, una ricostruzione dell'attuale assetto istituzionale del sistema sanitario pubblico nel nostro Paese, per poter successivamente raccordare con tale situazione di contesto la specifica realtà delle aziende sanitarie pubbliche.

Secondo la configurazione assunta a seguito del descritto lungo processo evolutivo del Ssn, il vigente assetto istituzionale dello stesso si caratterizza per la presenza di due distinti livelli di governo: quello statale e quello regionale.

Il ruolo che oggi lo Stato è chiamato a svolgere nel Ssn è fondamentalmente incentrato sulla determinazione dei livelli essenziali di assistenza da garantire a

tutti i cittadini senza entrare però nell'organizzazione delle attività direttamente volte all'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie. “Lo Stato formula i principi fondamentali, ma non interviene sul come questi principi ed obiettivi saranno attuati perché ciò diviene competenza esclusiva delle Regioni” (PSN 2003/2005).

Il ruolo elettivo dello Stato è, in sostanza, quello di garante dell'equità di accesso ai servizi sanitari su tutto il territorio nazionale. Più in particolare, i compiti del Ministero della Salute possono essere così riassunti (PSN 2003/2005):

- garantire a tutti l'equità del sistema, la qualità, l'efficienza e la trasparenza anche con la comunicazione corretta e adeguata;
- evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le azioni correttive e migliorative;
- collaborare con le Regioni a valutare le realtà sanitarie e a migliorarle;
- tracciare le linee dell'innovazione e del cambiamento e fronteggiare i grandi pericoli che minacciano la salute pubblica.

Il documento fondamentale in cui lo Stato fissa gli obiettivi di salute per i quali il Ssn è chiamato ad operare è il Piano sanitario nazionale.

A fronte dei principi fondamentali e degli obiettivi generali posti dallo Stato alla base del funzionamento del Ssn, le Regioni sono complessivamente chiamate

a predisporre l'organizzazione necessaria alla effettiva erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari richiesti.

La “regionalizzazione” del Ssn – iniziata con la riforma del 1992/93 e rafforzata più recentemente con il c.d. “federalismo” – ha portato quello regionale ad essere il livello di governo più direttamente responsabile dell'assistenza sanitaria pubblica assicurata ai cittadini.

Tra le attività più significative che le Regioni svolgono nell'ambito del sistema sanitario pubblico, sono individuabili le seguenti:

- predisposizione del Piano sanitario regionale, ormai concepito come il più significativo strumento di governo del sistema sanitario regionale;
- delimitazione del complessivo ambito territoriale in cui operano le Unità sanitarie locali e dell'articolazione distrettuale secondo la quale queste operano sul territorio;
- costituzione delle Aziende Ospedaliere;
- definizione delle linee guida secondo le quali le aziende sanitarie pubbliche sono chiamate a dotarsi dell'atto aziendale;
- definizione delle modalità di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche operanti sul territorio regionale;

- nomina e revoca del direttore generale delle aziende sanitarie pubbliche;
- designazione dei componenti del collegio sindacale di Usl e Aziende ospedaliere;
- disciplina della procedura di accreditamento delle strutture sanitarie e definizione degli accordi contrattuali secondo i quali tali strutture possono erogare servizi e prestazioni nel sistema sanitario pubblico;
- disciplina dell'organizzazione tecnico-contabile delle aziende sanitarie pubbliche e del sistema di strumenti per il controllo economico-finanziario della gestione;
- costituzione e disciplina delle Agenzie regionali per la sanità.

Il modo in cui le Regioni hanno fatto proprio l'ampio grado di autonomia riconosciuto loro nell'espletamento di tali attività ha determinato più o meno significativi elementi di caratterizzazione e differenziazione dei sistemi sanitari regionali operanti nel complessivo Ssn.

Per quanto concerne più direttamente il ruolo assunto dalla Regione nell'espletamento delle sue funzioni di governo del sistema sanitario regionale, sono stati identificati quattro possibili profili di intervento (Lega, Longo, 2002):

- di regolazione;
- di controllo;

- strategico;
- operativo.

Nel primo caso, il ruolo della Regione è assimilato a quello di authority per il mercato sanitario, impegnata nella sola definizione del contesto istituzionale del sistema (modello di finanziamento, soggetti accreditati, ecc.) e priva di ogni compito di intervento diretto nello stesso. In questo caso, “l’equilibrio economico e il successo competitivo (inteso come quantità, qualità ed appropriatezza dell’offerta) del sistema sono completamente delegati alle aziende” (Lega, Longo, 2002).

Nel secondo caso, la Regione assume un ruolo diretto finalizzato soprattutto al controllo sistematico del sistema sanitario e dell’equità che ne caratterizza il funzionamento.

Nel caso della configurazione “strategica”, invece, “la Regione assume un ruolo da holding decisionale più attiva nei confronti del sistema, utilizzando la leva della pianificazione strategica come strumento di indirizzo e di coordinamento delle aziende [...] Il Ssr si identifica così come una rete coordinata attivamente dalla Regione, in cui i diversi nodi (le aziende) godono di significative autonomie, ma sono indirizzate e supportate nell’integrazione attraverso il contributo dato dal perno stesso della rete, la Regione” (Lega, Longo, 2002).

Nel caso della configurazione “operativa” infine, la Regione diventa direttamente protagonista dell’attività direzionale preordinata all’erogazione dei servizi sanitari mentre Usl e ospedali assumono un ruolo meramente strumentale e subordinato, senza un significativo livello di autonomia decisionale.

Rispetto a questi modelli teorici di riferimento, l’evoluzione istituzionale che ha caratterizzato il Ssn dall’inizio degli anni novanta ad oggi ha fatto sì che il ruolo di governo espletato dalla Regione nell’ambito del sistema sanitario tenda sempre più a configurarsi secondo il modello della Regione-holding, impegnata a definire gli obiettivi strategici di sistema con il contributo integrato, ma autonomo, delle aziende sanitarie pubbliche.

Proprio il ruolo sempre più complesso che le Regioni hanno assunto nel sistema pubblico di assistenza sanitaria ha indotto la maggior parte degli enti regionali a costituire delle “agenzie” regionali poste a supporto dell’azione regionale. Si tratta per lo più di strutture snelle dotate di un significativo livello di autonomia operativa e poste in posizione di staff rispetto agli organi politici più direttamente impegnati nella politica sanitaria regionale; raramente assumono una veste giuridica autonoma, operando appunto in veste di “Agenzia sanitaria regionale”, nel perseguire due importanti e diverse finalità:

- assicurare un supporto informativo-conoscitivo tecnico al livello decisionale politico dell’ente regionale;

- operare in stretto raccordo con le aziende sanitarie pubbliche regionali rispetto alle quali svolgono un ruolo di orientamento e coordinamento.

Capitolo II

I SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E

CONTROLLO DI GESTIONE

2.1 La nascita dei sistemi di programmazione e controllo di gestione

Il Servizio Sanitario Nazionale nasce con la finalità di tutelare la salute dei cittadini attraverso azioni di prevenzione, cura e riabilitazione. Al fine di perseguire tali finalità, esso è organizzato in istituti sanitari che hanno lo scopo di erogare i servizi e le prestazioni più appropriati.

Ciascuno di tali istituti è un'azienda che, recependo le finalità del più ampio Sistema al quale appartiene, si propone di perseguire specifici obiettivi di tutela della salute, mediante il coordinamento, l'organizzazione e la combinazione delle risorse messe a disposizione dalla collettività, nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità.

La formulazione degli obiettivi aziendali e, soprattutto, il loro raggiungimento attraverso la gestione, tuttavia, non è operazione semplice. Elementi di complessità, quali:

- la dimensione dell'azienda e la conseguente articolazione organizzativa e delle responsabilità (ed autonomie);

- la forte eterogeneità e la numerosità degli output prodotti (prestazioni, prodotti e servizi);
- la necessità di garantire l'unitarietà dell'azione aziendale attraverso l'integrazione di settori diversi sia per la natura dei processi produttivi gestiti che per l'ambito specifico d'intervento;

impongono all'azienda, qualunque tipo d'azienda, di dotarsi di strumenti di governo interno. Essi si configurano come “sistemi di autoregolazione” finalizzati a supportare l'azienda nella formulazione ed articolazione degli obiettivi e si valutano i risultati conseguiti sia durante la gestione, in modo da consentire l'attivazione di azioni correttive, che al suo termine. Tali strumenti si collocano nell'ambito dei sistemi di pianificazione, programmazione e controllo di gestione.

I sistemi di “autoregolazione” in parola rappresentano un elemento fondamentale attorno al quale si caratterizzano i modelli di comportamento gestionali interni. Essi, infatti, coinvolgono ed agiscono su tutti i livelli organizzativi dell'azienda proprio rispetto ai principi sui quali impostare l'azione manageriale:

- anticipare gli accadimenti (avvenimenti) interni ed esterni all'azienda e che ne possono condizionare i risultati (rispetto agli obiettivi e, più in generale, alle finalità);
- reperire ed assegnare le risorse (in modo adeguato rispetto agli obiettivi da perseguire);
- confrontare sistematicamente i risultati (intermedi e finali) con gli obiettivi.

I sistemi di programmazione e controllo di gestione nascono, quindi, con una finalità ben precisa: orientare i comportamenti degli operatori verso il perseguimento degli obiettivi (efficacia gestionale) mediante il miglior impiego possibile delle risorse a disposizione (efficienza). In termini generali, il sistema di programmazione e controllo di gestione potrebbe essere definito come: “il meccanismo operativo con il quale l’azienda formula ed articola gli obiettivi aziendali e che crea le condizioni informative per garantirne il perseguimento”.

La definizione appena formulata, è di fondamentale importanza al fine di valutare l’efficacia dei sistemi di programmazione e controllo che sono implementati nelle aziende. In altri termini, al fine di valutare la bontà di un sistema di programmazione e controllo è opportuno chiedersi se, alla luce della sua implementazione, è stato impiegato a fini decisionali e quale impatto ha generato sui risultati aziendali. Troppo spesso si è, infatti, costretti ad osservare che la progettazione e l’implementazione dei sistemi di controllo interno sono considerati come dei problemi tecnici, legati alla scelta della soluzione hardware e software, e non come problemi di processo.

I sistemi di programmazione e controllo di gestione possono essere articolati in quattro fasi principali (Anthony e Young, 1992):

- programmazione;
- formulazione del budget;
- svolgimento e misurazione dell’attività;
- reporting e valutazione.

L'attività di programmazione è finalizzata alla formulazione dei piani e programmi aziendali generali. Di norma, tale attività, è collocata nell'ambito di una progettualità pluriennale, il cui arco temporale di riferimento varia in funzione della tipologia di azienda e della mutevolezza dell'ambiente esterno nel quale opera. Al di là dell'esistenza di un quadro programmatico di tipo pluriennale, le aziende si preoccupano, di norma, di formulare anche piani e programmi annuali, successivamente recepiti dal sistema di budget, quale specificazione degli obiettivi pluriennali.

La predisposizione del budget presuppone la traduzione dei piani e programmi aziendali in termini quantitativi e, di norma, in termini monetari. L'arco temporale di riferimento è predefinito, solitamente un anno, e la formulazione degli obiettivi avviene rispetto all'articolazione delle responsabilità (Centri di Responsabilità) interne aziendali. In altre parole, mentre la programmazione aziendale si preoccupa di definire gli obiettivi in termini di piani e progetti che coinvolgono l'intera azienda o parti della stessa per grandi settori, il budget segmenta piani e progetti aziendali, rispetto ai Centri di Responsabilità, in funzione delle specifiche responsabilità per il loro perseguimento.

Con lo svolgimento dell'attività, conseguente al funzionamento aziendale, si procede alla rilevazione, per frazioni del periodo di programmazione, dei risultati effettivamente ottenuti. La misurazione dei risultati avviene con riferimento agli stessi parametri individuati per la formulazione degli obiettivi. Essi possono essere rappresentati dai costi e dai ricavi ma, soprattutto nelle organizzazioni che

non operano in contesti di mercato, anche da parametri rappresentativi dell'attività svolta, espressa in termini fisico-tecnici (per es. numero di prestazioni), o del grado di soddisfacimento della domanda o dei bisogni. Di norma, soprattutto al fine di consentire di comprendere le cause che hanno determinato una differenza tra risultati attesi (obiettivi) ed effettivi, il sistema di misurazione si preoccupa di rilevare parametri maggiormente dettagliati rispetto a quelli utilizzati per la formulazione degli obiettivi.

I dati elementari rilevati, durante lo svolgimento dell'attività, sono successivamente oggetto di elaborazione al fine di produrre delle sintesi informative finalizzate ad esplicitare l'esistenza di differenze o scostamenti tra obiettivi e risultati effettivi e di identificarne le cause. Le attività di elaborazione dei dati, produzione e presentazione delle informazioni e, almeno in parte, l'effettuazione delle analisi legate alla comprensione delle cause degli scostamenti ricadono nella funzione di reporting. I prospetti informativi prodotti a supporto di tale funzione sono detti report.

Gli scopi del reporting sono così sintetizzabili:

- governo del sistema degli obiettivi di budget: il sistematico confronto, infrannuale, tra obiettivi di budget e risultati effettivi consente di evidenziare gli scostamenti e le azioni correttive. Queste ultime possono originare interventi sulle modalità di svolgimento dell'attività o la modificazione o riformulazione degli obiettivi di budget;

- valutazione delle performance dei Centri di Responsabilità: si tratta di valutazione effettuata, di norma, al termine del periodo di programmazione che rappresenta una base di riferimento fondamentale per supportare il sistema premiante aziendale;
- valutazione e governo dei piani e programmi aziendali: alla stregua degli obiettivi di budget, sebbene con frequenze completamente differenti, le informazioni prodotte dal sistema di reporting rappresentano uno degli elementi per la revisione dei piani aziendali di carattere pluriennale. In tal caso, le informazioni che evidenziano i risultati aziendali, necessitano di essere completate con altre relative all'ambiente esterno nel quale l'azienda opera (modificazione dei bisogni, dei meccanismi di finanziamento, degli orientamenti programmatici nazionali e regionali, dell'evoluzione tecnologica e scientifica, ecc.).

2.2 L'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo di gestione in Sanità

E' nella seconda metà degli anni ottanta che, ispirandosi alle finalità generali dei sistemi di programmazione e controllo di gestione, nelle organizzazioni sanitarie prendono avvio le prime sperimentazioni di sistemi di rilevazione. Si tratta dei sistemi di contabilità analitica che, all'epoca denominati più semplicemente sistemi di contabilità dei costi in ragione dell'orientamento

specifico alla misurazione del solo consumo delle risorse, rappresentavano il primo tassello di un progetto più complesso e che aveva quale finalità l'introduzione di nuovi sistemi di programmazione, come la programmazione strategica a livello aziendale ed il sistema di budget, potenzialmente legati a sistemi di allocazione dei fondi regionali, in una logica di profondo cambiamento nella gestione della sanità pubblica.

Si trattò, all'epoca, di innovazioni particolarmente rilevanti ed accolte con un iniziale grande entusiasmo da parte degli operatori aziendali nella convinzione di poter avviare un processo di cambiamento significativo passando da logiche di amministrazione di tipo "burocratico" ad altre di tipo "manageriale".

Rapidamente, tuttavia, ci si accorse che la produzione dei primi tabulati non generò cambiamenti significativi nelle logiche di gestione interne delle USL e, altrettanto rapidamente, il neonato sistema di contabilità analitica divenne strumento sterile e mantenuto operativo solo al fine di inviare, con cadenza infrannuale, tabulati riassuntivi alla Regione. In altri termini, il sistema di controllo interno divenne uno strumento orientato a supportare le esigenze informative di soggetti esterni, la Regione e non quelle dei dirigenti dell'azienda.

La logica del controllo sulle risorse, non sui risultati come ipotizzato dal sistema di programmazione e controllo, la quale trovava nel bilancio preventivo lo strumento principale di governo della spesa pubblica e i meccanismi di controllo esterno sugli atti, almeno fino alla reale entrata in vigore del dettato del D.Lgs.

502/92, sono da sempre stati i veri elementi sui quali si concentrava il processo decisionale dei dirigenti.

La logica del finanziamento basato sul criterio della spesa storica, inoltre, ha reso gli strumenti del controllo di gestione non solo scarsamente efficaci ma, in alcuni casi, considerati addirittura dannosi. Infatti, nell'ipotesi che una struttura fosse stata in grado di ridurre i consumi con un effetto positivo sull'equilibrio di bilancio, il risultato sarebbe stato quello di una riduzione della quantità di risorse disponibili per l'esercizio successivo.

Va inoltre aggiunto che anche gli organismi regionali, pur promuovendo lo sviluppo dei sistemi di programmazione e controllo di gestione nelle USL hanno avuto, per la loro parte, un ruolo rilevante nel contribuire al parziale insuccesso degli strumenti della programmazione e controllo di gestione. Esse, infatti, non hanno sempre sostenuto le aziende sanitarie nel processo di cambiamento non effettuando gli investimenti necessari, in strumenti informatici e sviluppo di risorse professionali adeguate, e non modificando, anche in presenza di informazioni economiche se non complete almeno significative, i processi decisionali legati alla allocazione dei fondi tra le USL.

L'avvio dei primi sistemi di programmazione e controllo di gestione, per poter produrre i risultati che da essi ci si attende, avrebbe dovuto avvenire contemporaneamente a modificazioni rilevanti sulle modalità di controllo esterno, dei meccanismi di finanziamento ed essere legati a processi di forte

responsabilizzazione sui risultati degli organi di governo a livello locale. Cambiamenti che, almeno in parte, sono intervenuti con il D.Lgs. 502/92.

Tale provvedimento, integrato e modificato con altri successivi, rappresenta un momento di “rottura” forte con il disegno di SSN formulato dalla legge 833/78. Nella sostanza con il D.Lgs. 502/92, si è avviato il processo di cambiamento che prevede il passaggio dallo Stato del Benessere (Welfare State), nel quale lo Stato svolge un ruolo di gestione diretta dei servizi pubblici ritenuti critici (come la sanità), a quello c.d. dei servizi, nel quale lo Stato svolge una funzione di coordinamento, indirizzo e garanzia.

Passaggio che, inevitabilmente, ha comportato introduzione di logiche e strumenti tipici delle realtà che operano in contesti di mercato, e in particolare:

- a) competitività: sia di strutture pubbliche e private che tra strutture pubbliche
- b) finanziamento: passando da logiche basate prevalentemente sulla spesa storica su altre orientate a garantire le risorse rispetto ai bisogni (finanziamento su base capitaria) o sui risultati (finanziamento in ragione delle prestazioni prodotte mediante sistemi di tariffazione);
- c) inversione delle logiche del controllo: dal controllo sulle risorse a quello sui risultati. Questo passaggio è stato segnato dall'introduzione dei sistemi di contabilità economico-finanziaria-patrimoniale e dalla decadenza del bilancio preventivo come strumento di autorizzazione alla spesa. Tale azione è evidentemente accompagnata da una forte responsabilizzazione

sui risultati economico- finanziari sia a livello regionale sia di singola azienda.

Il decentramento della responsabilità sull'equilibrio economico finanziario è uno degli elementi più rilevanti del cambiamento promosso con il D.Lgs. 502/92. Nel nuovo sistema, infatti, lo Stato stabilisce un livello di spesa complessivo (FSN), ritenuto idoneo a soddisfare le esigenze di salute della popolazione, ed attribuisce alle Regioni il compito di coprire l'eventuale differenza tra risorse necessarie e quelle assegnate. In altre parole, almeno potenzialmente, il nuovo sistema di finanziamento non prevede la possibilità del ripiano a "piè di lista", da parte dello Stato, dei deficit generati dalle gestioni delle singole aziende sanitarie.

L'insieme dei cambiamenti introdotti, modificando radicalmente il sistema di vincoli esterni delle aziende sanitarie, ha fatto ritenere inevitabile l'introduzione dei sistemi di gestione e, in particolare, di quelli della programmazione e controllo di gestione.

Ciò, tra l'altro, è sostenuto sul piano normativo non solo dal D.Lgs. 502/92, ma anche da una serie di provvedimenti, come il contratto collettivo dei dirigenti del comparto sanitario, che prevedono l'obbligatorietà dei sistemi di contabilità analitica e programmazione budgetaria.

L'introduzione degli strumenti della programmazione e controllo di gestione, come si è accennato in precedenza, non è un problema tecnico, ma di gestione dei processi. Non è sufficiente disporre degli strumenti informatici adeguati per la produzione delle informazioni, ma è necessario creare le

condizioni affinché si realizzi l'orientamento dei comportamenti verso il raggiungimento degli obiettivi e il miglioramento dei livelli di efficienza. Si tratta, in altre parole, di cambiamenti culturali, che segnino il passaggio da una logica di gestione specialistica o burocratico-amministrativa a una di carattere manageriale, di modalità di lavoro e ridefinizione del sistema delle responsabilità e delle autonomie interne all'azienda.

L'adozione di piani pluriennali, quale innovazione nell'attività delle direzioni strategiche, caratterizza l'azienda come "sistema atto a perdurare" (Airoldi, Brunetti e Coda, 1994) e la definizione di programmi generali aziendali annuali, quale ulteriore specificazione degli obiettivi strategici, orienta la gestione facendo sì che le decisioni siano riferite ad obiettivi identificati ed esplicitati in modo organico e non sulla base degli stimoli provenienti dall'ambiente esterno o reagendo "caso per caso" alle condizioni che si creano nella vita di ogni istituzione sociale.

Un sistema di budget acquisisce significatività nel momento in cui le risorse sono coerenti con gli obiettivi da perseguire e se sono adottate "regole di comportamento" che identificano precise responsabilità al fine di ottenere i risultati attesi. La responsabilità, peraltro non può essere disgiunta dal riconoscimento dell'autonomia decisionale per poter creare le condizioni necessarie all'ottenimento dei risultati e, quindi, per il raggiungimento degli obiettivi.

L'implementazione di un sistema di reporting è condizione necessaria per non lasciare gli obiettivi "a se stessi" e per organizzare un sistema governato, da persone con differenti livelli di responsabilità, sulla base del continuo confronto tra risultati attesi ed effettivi per l'assunzione delle azioni correttive necessarie per il raggiungimento degli obiettivi.

Sulla base di quanto evidenziato emerge che il costo del cambiamento, non tanto sul fronte dell'acquisizione degli strumenti di gestione ma piuttosto su quello organizzativo e comportamentale, è significativo per l'azienda e, da quest'ultima, è sostenuto solo quando non più possibile sopravvivere o prevalere sugli altri senza di esso.

In questo senso, il rafforzamento degli strumenti della programmazione e controllo di gestione solo attraverso provvedimenti normativi rischia di generare, nelle aziende che ancora non sentono tale necessità, comportamenti adattivi che portano sì alla progettazione ed implementazione di strumenti che hanno, però, un ruolo di carattere burocratico, di rilevazione delle informazioni per inviarle ad organismi di controllo esterni, piuttosto che svolgere il ruolo di meccanismo operativo.

E' inevitabile, soprattutto in relazione al progressivo decentramento del prelievo fiscale alle Regioni, che i sistemi di gestione acquisiranno, nel prossimo futuro, sempre maggiore rilevanza e che un numero maggiore di aziende sanitarie si adopereranno per introdurli in una logica sempre più coerente con le loro

finalità. Si tratta, in definitiva, di un ritardo, quello della sanità pubblica, che può essere interpretato come fisiologico.

Se i tradizionali strumenti della programmazione e del controllo di gestione assumeranno progressivamente rilevanza fondamentale sul piano delle decisioni aziendali, alcuni studiosi hanno incominciato ad ipotizzare che, le informazioni da essi generati, perderanno di rilevanza sul piano del controllo operativo.

Ossia il controllo svolto dai responsabili di unità operativa finalizzato a valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi e, soprattutto, ad identificare ed eventualmente rimuovere i problemi della gestione.

In altre parole, in una prima fase di sviluppo degli strumenti della programmazione del controllo di gestione, una volta che ne è stata riconosciuta la rilevanza, accade frequentemente che essi siano progettati per supportare, in prevalenza, le esigenze conoscitive della direzione strategica trascurando i livelli di direzione inferiore. In effetti, per un responsabile di unità operativa, conoscere con cadenza infrannuale il valore economico delle risorse impiegate nei processi di produzione, come il personale o i beni di consumo, seppure integrando tale informazione con il numero e la tipologia di prestazioni erogate, non appare più sufficiente per svolgere la funzione del controllo.

Informazioni di carattere generale, infatti, risultano estremamente utili in una fase di sensibilizzazione e avvio del processo di cambiamento culturale dei dirigenti ma, spesso, risultano scarsamente efficaci quando si tratta di utilizzare l'informazione a fini decisionali concreti.

Di qui la necessità di “far evolvere” i sistemi di rilevazione in modo tale da non evidenziare più solo gli effetti di una gestione più o meno efficiente, come nel caso di un report che mostra il risultato economico di un settore aziendale, ma che, attraverso l’individuazione e la misurazione di opportuni parametri, consenta di identificarne le cause rendendo, così, più tempestivo ed efficace il meccanismo di retroazione tipico del controllo di gestione.

Molto più rilevante, in tale direzione, appaiono informazioni relative al grado di funzionalità dell’unità operativa. Dalle tradizionali liste d’attesa, ai meno consueti tempi di “produzione” delle prestazioni. A titolo puramente esemplificativo, si può fare riferimento al tempo che intercorre tra le richieste di prestazioni diagnostiche alla loro refertazione, al tempo che intercorre da quando il paziente è stato allettato a quello in cui riceve le prime prestazioni mediche, ecc.. Altre tipologie di indicatori rilevanti per il processo decisionale sono quelli riferiti al grado di efficacia delle terapie e delle prestazioni erogate come, per esempio, il numero di pazienti con febbre dopo 24/48 ore l’intervento chirurgico.

Il pregio di tali indicatori è duplice:

1. sono espressi in termini non monetari e, conseguentemente, in un linguaggio più comprensibile per il dirigente-professionista;
2. mettono in evidenza le cause che generano i risultati finali.

La possibilità di disporre di informazioni che consentono l’immediato intervento del dirigente rappresenta la sfida dei futuri sistemi di controllo di gestione.

Capitolo III

IL SISTEMA DI CONTABILITA' ANALITICA

3.1 Introduzione alla contabilità analitica in sanità

L'analisi della gestione di una qualunque forma di azienda può svolgersi a due livelli: relativamente alle operazioni esterne, acquisizione delle condizioni produttive e cessioni dei beni o servizi risultanti dallo svolgimento delle proprie attività e quella relativa alle operazioni interne di gestione, ovvero la combinazione dei fattori produttivi nei processi tecnici ed organizzativi dai quali si ottengono i beni e i servizi.

Al primo livello opera la contabilità generale di esercizio, volta all'espressione del risultato complessivo della gestione. Al secondo livello, la contabilità direzionale, che si propone di responsabilizzare i soggetti che operano nelle diverse aree aziendali controllando modalità e sostanza del contributo di ciascuna area ai risultati complessivi della gestione. Sia la contabilità generale che quella direzionale sono alimentate da contabilità elementari che rilevano, continuativamente e analiticamente, i dati di singole operazioni di gestione: contabilità di magazzino, dei fornitori, degli stipendi, ecc..

Il corpo centrale della contabilità analitica è la contabilità dei costi, cioè il sistema che archivia ed organizza i dati elementari della gestione, con riferimento

all'utilizzo delle risorse, in quanto elemento controllabile dai dirigenti e li elabora in funzione a diversi oggetti di riferimento. Questi ultimi possono essere beni o servizi, prodotti, processi o combinazioni di essi, unità organizzative, aree di responsabilità, tipologie di utenti o anche l'azienda nella sua totalità.

La contabilità analitica può essere considerata un sottosistema della contabilità direzionale e consente, fra l'altro, di rispondere ad un quesito pressante per tutte le aziende, ovvero: “*quanto costa?*”. In altre parole, attraverso l'impiego di tale sistema contabile è possibile determinare il valore delle risorse consumate in relazione a diversi possibili oggetti di costo, cioè unità economiche di riferimento. Le informazioni fornite dalla contabilità analitica sono utili al management per assumere decisioni razionali, nonché valutare comportamenti ed effetti delle decisioni già assunte.

E' possibile definire un sistema di contabilità analitica come “*un sistema di determinazioni del quale la direzione di un'azienda si avvale per controllare analiticamente e con periodicità infra-annuale i risultati economici della gestione. L'oggetto di detta contabilità è rappresentato quindi dalla determinazione di risultati economici parziali, riferiti a gruppi di processi omogenei, finalizzati alla produzione di risultati significativi e rilevanti in rapporto agli obiettivi dell'azienda*” (Selleri, 1990).

Tale sistema è, dunque, mirato all'ottenimento di risultati analitici della gestione per confronto di ricavi e costi, riferiti ad oggetti specifici aventi significatività economica e ad orientare le decisioni aziendali secondo criteri di

convenienza economica, guidando i comportamenti dei responsabili di centro mediante il confronto tra costi obiettivo e costi consuntivi.

La tenuta della contabilità analitica per centri di costo, da parte delle Aziende Sanitarie, è stata resa obbligatoria dal D.lgs. 502/92, obbligo recentemente ribadito dall'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 all'art. 3 c. 7 : *“Le Regioni si impegnano ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda unità sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e ciò costituisce adempimento cui sono tenute le Regioni per l'accesso al maggior finanziamento di cui alla presente intesa”*.

La contabilità analitica, facendo riferimento ad alcune grandezze quali centri di costo, singole tipologie di prodotto o prestazione, permette di ottenere informazioni sui costi e sui ricavi dell'organizzazione. Tali informazioni vengono poi utilizzate sia in fase di controllo, per il conseguimento degli obiettivi di efficacia e di efficienza, sia per programmare le scelte da intraprendere in futuro.

Tale strumento contabile rappresenta il primo passo per l'implementazione di un sistema di Controllo di Gestione (CdG), poiché è proprio da esso che scaturiscono gran parte delle informazioni sui costi e sui ricavi dell'azienda sanitaria che, mediante successive rielaborazioni, consentono l'analisi e la

valutazione sulle modalità di utilizzo dei fattori produttivi impiegati nella produzione dei servizi.

L'applicazione di un sistema di contabilità analitica al settore sanitario pubblico è stata prevalentemente focalizzata sulla misurazione dei costi, non accendendo, quasi mai, dei conti relativi ai ricavi intesi come finanziamenti ottenibili (*Bruzzi, 1997*); ciò è dovuto al particolare sistema di acquisizione delle risorse mediante finanziamento pubblico e all'assenza di significatività economica dei prezzi di cessione delle prestazioni agli utenti.

E' stata la rilevazione dell'esistenza di un gap conoscitivo sulla gestione dei processi produttivi, sull'utilizzo delle risorse e, più in generale, su tutte le operazioni di gestione interna, che ha reso necessaria e quindi obbligatoria per legge, l'introduzione di un nuovo strumento di rilevazione contabile, la contabilità analitica, finalizzata tra l'altro anche a:

- stimare il costo dei servizi;
- benchmarking interno ed esterno;
- effettuare previsioni economico-finanziarie che consentano di tradurre gli obiettivi in valori obiettivo sulla base di dati di costo non arbitrari;
- consentire un'analisi degli scostamenti dal budget;
- fornire tempestivamente al management le informazioni rilevanti sull'andamento dei costi, per concentrarsi sui servizi che non rispettano il budget;

- razionalizzare il processo decisionale;
- fornire un supporto al sistema di premio-sanzione utilizzato per motivare le persone al raggiungimento dei risultati previsti.

Nelle imprese, quindi, la contabilità analitica consente di:

- stimare la redditività di prodotti/servizi;
- analizzare gli scostamenti rispetto al budget;
- incentivare i membri dell'Organizzazione rispetto a precisi obiettivi economici;
- prendere decisioni.

Nelle aziende pubbliche la contabilità analitica è funzionale anche a:

- stimare il costo dei servizi erogati;
- confrontare costi e risultati;
- fare analisi comparative dell'efficienza di diverse strutture;
- adottare decisioni di make or buy nonché sulle tariffe dei servizi.

3.2 Periodicità delle rilevazioni e classificazioni di costo

La periodicità delle rilevazioni di costo costituisce una delle scelte fondamentali dell'impostazione di un sistema di contabilità analitica. Tale decisione non può essere assunta prescindendo da aspetti quali le specificità organizzative e le caratteristiche dei supporti informatici dell'azienda. A quanto osservato, bisogna aggiungere che la presenza della contabilità generale potrebbe accrescere la frequenza delle elaborazioni di costo. Infatti, disporre della sola contabilità finanziaria, nel caso in cui le rilevazioni analitiche sono infrannuali, implica una maggiore numerosità delle rettifiche derivanti dagli sfasamenti fra competenza giuridico-finanziaria ed economica. In tal caso, infatti, si coglierebbero molte più operazioni in corso di svolgimento.

Ovviamente, la tenuta della contabilità analitica infrannuale si presenta più complessa di quella annuale, anche per le amministrazioni che possiedono la contabilità generale, avendo quest'ultima come periodo di riferimento l'esercizio.

Ne deriva che la scelta di rilevare le grandezze economiche analitiche con riferimento periodi di tempo inferiori al periodo amministrativo, implica la trasformazione dei costi (e dei ricavi) di competenza dell'esercizio in costi (e ricavi) di competenza di un periodo più breve (semestre, trimestre, etc.).

Nonostante la determinazione infrannuale dei costi e dei ricavi risulti più laboriosa (e dunque più costosa) essa è indispensabile ed alcune amministrazioni l'hanno adottata. Infatti, per consentire la guida efficace tanto delle decisioni quanto dei comportamenti, le rilevazioni delle misure economiche analitiche devono essere tempestive. Avere a disposizione in corso d'anno dati economici ad intervalli prestabiliti (mese, trimestre, etc.) consente di rendere operante il *controllo concomitante*, mediante il quale è possibile monitorare l'andamento della gestione, valutando i risultati intermedi che via via si manifestano. Tuttavia, è importante ricordare che esiste un trade-off fra tempestività dell'informazione e costo della sua elaborazione; spetta ad ogni amministrazione trovare il miglior equilibrio fra queste due qualità contrapposte delle determinazioni analitiche. In generale, determinare i costi a cadenza annuale, è poco significativo ai fini del Controllo di Gestione. Un simile "stato delle cose" può considerarsi accettabile solo se si tratta del "primo passo" verso la determinazione e l'analisi dei costi a cadenze più ravvicinate.

Nella scelta della periodicità delle rilevazioni di costo è opportuno seguire un approccio graduale. Non è ipotizzabile pretendere che la strumentazione di guida della gestione raggiunga un livello di perfezionamento elevato in tempi brevi. Coerentemente con tale convincimento è da attendersi che la periodicità delle rilevazioni di costo difficilmente potrà possedere cadenza infrannuale senza avere avuto, in precedenza, cadenza annuale.

In generale, per “costo”, si intende: *“l’espressione monetaria della quantità di risorse utilizzate, in un determinato periodo di tempo, per la produzione di prestazione e servizi”* (Casati, 1990). La contabilità analitica punta ad evidenziare l’effettivo utilizzo delle risorse nei processi reali, svincolandosi dalle relative manifestazioni numerarie. Si prendono in considerazione tutte le risorse impiegate, comprese quelle messe a disposizione da scambi non monetari o da rapporti a titolo non oneroso, che di solito sfuggono al sistema della contabilità generale.

La classificazione dei costi è uno strumento necessario per le scelte relative alla convenienza economica.

I costi possono essere classificati in base:

- all’**oggetto** al quale si riferiscono (costi comuni e costi speciali);
- alle **modalità di imputazione** (costi diretti e costi indiretti);
- alla **controllabilità** (costi controllabili e costi non controllabili);
- alla **variabilità** (costi fissi e costi variabili);
- alla **rilevanza decisionale** (costi evitabili e costi non evitabili).

3.3 Gli elementi strutturali della contabilità analitica

Per contabilità analitica si intende un complesso di rilevazioni sistematiche, a periodicità infrannuale, volte alla determinazione dei costi, dei ricavi, dei

risultati analitici della produzione aziendale, in prescelte configurazioni, nonché alla formazione del risultato economico di breve periodo.

La progettazione di un sistema di contabilità analitica richiede la definizione dei seguenti elementi:

- l'oggetto di misurazione (cost object);
- il piano dei fattori produttivi che viene in genere elaborato partendo dal piano dei conti della contabilità generale e scendendo ad un maggior livello di dettaglio;
- il piano dei centri di costo definito sulla base della struttura delle responsabilità e delle esigenze di calcolo;
- il sistema di ripartizione dei costi indiretti (per la contabilità a costi pieni).

Si sottolinea che elemento indispensabile per poter implementare un sistema di contabilità analitica è l'esistenza di procedure informatiche in grado di alimentare il sistema.

L'oggetto di misurazione costituisce l'elemento portante nella configurazione dei costi. Esso, infatti può essere definito come "l'elemento gestionale o strutturale di cui si vuole conoscere il costo". E' da sottolineare come l'oggetto di misurazione possa variare nel tempo in relazione alle esigenze conoscitive sia interne che esterne all'Azienda, per cui, a partire dai medesimi dati di contabilità analitica, devono poter essere sviluppate classificazioni di costo corrispondenti ai diversi oggetti di misurazione selezionati.

In una azienda sanitaria gli oggetti di misurazione possono essere le prestazioni, i percorsi assistenziali, un intervento chirurgico, un ricovero, la giornata di degenza. A tale proposito, un oggetto di misurazione tipico è dato dai Livelli Essenziali di Assistenza così come definiti dal DPCM 29/11/2001 e successive modificazioni e integrazioni.

I Fattori Produttivi sono le variabili economiche elementari che il Sistema delle Rilevazioni a supporto del Controllo di Gestione si propone di monitorare, sono costituite da:

- singole tipologie/classi di risorse utilizzate per lo svolgimento dell'attività, il cui impiego origina costi per l'Azienda;
- singole tipologie/classi di prestazioni e di servizi risultanti dallo svolgimento dell'attività, da cui derivano proventi o valorizzazioni definite dall'Azienda.

Quindi, il termine Fattore Produttivo, che nelle tradizionali applicazioni di contabilità analitica è associato in modo esclusivo con il concetto di costo, può essere anche inteso nell'accezione più ampia appena enunciata.

Aspetto di primo rilievo, in un sistema che si propone di ottenere delle configurazioni di costo rispetto a svariati oggetti di riferimento, è la scelta dei fattori produttivi da comprendere nel calcolo. Ovviamente l'operazione va dimensionata e orientata alle specifiche esigenze informative del processo di controllo di gestione, in maniera tale da essere il più utile possibile, ai processi decisionali. In definitiva, il piano dei fattori produttivi è una classificazione delle

risorse necessarie per la produzione di prestazioni e servizi ordinati per “natura” (es. personale, beni di consumo, ecc.) e attribuiti ai centri di costo in base alla “destinazione”, ossia attribuiti alle unità operative che li utilizzano per lo svolgimento dell’attività.

Il piano dei fattori produttivi è influenzato dalle dimensioni dell’azienda, dal grado di complessità organizzativa e dal flusso informativo che deve essere prodotto nei confronti dei diversi livelli di responsabilità aziendali. Nel Piano dei Fattori Produttivi (PFP) sono, quindi, considerati tutti i fattori impiegati nella realizzazione degli output. Nello specifico, tale piano, opportunamente associato alla struttura dei Centri di Rilevazione, permette di individuare tutti i fattori impiegati da ciascun centro per la produzione del proprio output e, quindi, di valutarne l’impiego in termini di efficienza ed economicità (ovviamente i fattori produttivi devono essere rilevati non solo in termini quantitativi ma anche in termini monetari).

Nella progettazione di un PFP è necessario definire il livello di dettaglio che s’intende ottenere, ossia il livello di scomposizione delle macro classi in sottoclassi (fino al limite dei fattori elementari). Il livello di dettaglio è strettamente legato alle esigenze conoscitive da soddisfare e, quindi, al sistema di contabilità analitica implementato ossia alle variabili economiche che il sistema di contabilità analitica intende monitorare. Ad esempio, un livello di dettaglio molto spinto risulta necessario per quei fattori produttivi che rivestono un’importanza cruciale nello svolgimento dei processi aziendali , in tal caso si potrebbe

addirittura giungere ai fattori elementari. Definito il livello di dettaglio, nella progettazione della struttura del PFP si deve prevedere una coerenza di questa con il Piano dei Conti, che rappresenta un punto di riferimento essenziale. Questo perché la contabilità generale è un sistema alimentante il sistema di contabilità analitica e, di conseguenza, è il flusso di alimentazione per i fattori produttivi. Questa correlazione tra fattori produttivi e conti non è stringente, ossia non è necessario mantenere gli stessi livelli di dettaglio previsti dal Piano dei Conti nel PFP. Quindi, potrebbe accadere che nel PFP siano riportate delle voci ad un livello di dettaglio maggiore rispetto al Piano dei Conti ovvero ad un livello di dettaglio inferiore. Questo è giustificato dal fatto che le finalità della contabilità economico-patrimoniale potrebbero portare a raccogliere informazioni diverse rispetto a quelle necessarie alla contabilità analitica.

La nozione di Centro di Rilevazione (CdR) risulta coincidente con quella che in letteratura viene associata ai Centri di Costo (CdC) . Di contro, nel contesto normativo, al termine Centro di Costo vengono attribuite accezioni non sempre coincidenti con quella presentata. In modo particolare, risulta frequente l'utilizzo del termine Centro di Costo quale sinonimo di Centro responsabile di un Budget. Al fine di evitare qualsiasi confusione terminologica, il termine Centro di Costo verrà nel seguito sostituito dal termine Centro di Rilevazione per riferirsi all'unità contabile di base cui fa riferimento il sistema di contabilità analitica. Un'ulteriore considerazione di carattere terminologico è che i centri di costo vengono considerati in letteratura la tipologia basilare di centro di responsabilità.

Costituiscono esempi di centri di responsabilità, oltre ai già citati centri di costo, i centri di ricavo, i centri di profitto, i centri di investimento, i centri di progetto. Essi differiscono tra di loro, e sono denominati, in base alla principale dimensione o fattore critico cui è riferita la responsabilità del titolare del centro, sia in termini di parametro-obiettivo che di logica di gestione.

Il CdR viene solitamente definito come *“unità organizzativa guidata da un capo che ha l'autorità di governare le risorse che gli sono state affidate e che è ritenuto responsabile del raggiungimento di un obiettivo definito”*. (Mazzotta, 2006)

Il Piano dei Centri di Rilevazione rappresenta l'insieme strutturato dei Centri di Rilevazione presi a riferimento dai Sistemi delle Rilevazioni a supporto della funzione Programmazione e Controllo e del sistema di contabilità analitica e rispetto ai quali procedere alla rilevazione delle informazioni definite dal Piano dei Fattori Produttivi, dal sistema di indicatori e dal sistema di reporting.

Il Piano dei Centri di Rilevazione è:

- unico a livello aziendale, al fine di minimizzare gli sforzi di codifica e ridurre, quindi, i tempi di elaborazione dei dati elementari, nonché il rischio di errori;
- sottoposto a revisioni periodiche al fine di garantirne la costante aderenza all'assetto organizzativo, alle caratteristiche operative, nonché alle esigenze di rilevazione emergenti in azienda;

- funzionale al monitoraggio dei risultati, oltre che dei singoli Centri di Costo, anche delle unità organizzative di cui questi ultimi rappresentano la disarticolazione nell'ambito del sistema contabile aziendale, nonché delle aree di attività principali che vedono coinvolta l'azienda.

I centri di costo vengono generalmente classificati, con riferimento all'output, in:

- centri di costo di prestazioni finali;
- centri di costo di prestazioni intermedie;
- centri di costo ausiliari
- centri di costo generali.

I centri di costo di prestazioni finali sono quelli in cui si erogano prestazioni che contribuiscono direttamente al perseguimento delle finalità dell'organizzazione.

I centri di costo finali sono riferibili a prestazioni di assistenza ospedaliera (ricoveri ordinari, day hospital, day surgery), prestazioni medico specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale, trattamenti riabilitativi, altri servizi erogati all'utenza esterna che soddisfano il bisogno da questi espresso.

I centri di costo di prestazioni intermedie si riferiscono a quei centri che per loro natura sviluppano attività rivolta sia all'utenza esterna, sia ad attività di supporto dei centri di costo erogatori di prestazioni finali; caso tipico dei centri di

costo di prestazioni intermedie sono il Laboratorio Analisi, la Radiologia, l'Anatomia Patologica.

I centri di costo ausiliari si riferiscono a quelle unità che non producono direttamente per l'utenza esterna, ma effettuano prestazioni nei confronti di altre unità che erogano prestazioni finali. Fanno parte di questa tipologia: i servizi di cucina e mensa, il servizio di lavanderia, il servizio di manutenzione e altri, nei casi in cui questi servizi non siano appaltati all'esterno, ma vengano effettuati all'interno dell'Azienda, anche parzialmente, con personale addetto.

I centri di costo generali raccolgono i costi di struttura consistenti in attività generali e di amministrazione (Direzione generale, Servizi Amministrativi, Servizi Tecnici, Formazione, Ricerca, Relazioni pubbliche, ecc.), di cui beneficiano sia i centri ausiliari che quelli finali e quei costi non direttamente attribuibili, riferiti all'Azienda nel suo complesso o ad una sua articolazione o area.

La contabilità analitica può essere tenuta a costi diretti (*direct costing*) o a costi pieni (*full costing*). Con il *direct costing* si perviene alla determinazione del costo variabile complessivo di prodotto/servizio attribuendo ai centri di costo soltanto i costi di cui sono direttamente responsabili, mantenendo un alto grado di oggettività nell'imputazione ed effettuando un solo ribaltamento tra centri intermedi e finali (generalmente utilizzando i prezzi di trasferimento). Il *direct costing* è orientato alle scelte di breve periodo ed è poco utilizzato in presenza di elevati livelli di costi fissi (amministrazioni pubbliche).

Il *full costing* permette di pervenire alla formulazione del costo pieno del prodotto/servizio mediante l'attribuzione ai centri di costo sia dei costi diretti che di quelli indiretti (o di parte di essi), utilizzando un sistema di imputazione a cascata: dai centri di supporto ai centri intermedi mediante basi di riparto (unitarie o multiple) e dai centri intermedi a quelli finali utilizzando i prezzi di trasferimento. Tale sistema, se da un lato sacrifica l'oggettività nell'imputazione dei costi indiretti (manca una relazione di causa-effetto tra l'attività svolta dal centro di costo e l'andamento dei costi nel centro di supporto) e necessita di costi di implementazione maggiori, dall'altro offre il vantaggio di controllare le attività indirette.

Per determinare il costo per livello e sub-livello di assistenza, occorre metodologicamente costruire una modalità contabile che partendo dai dati di rilevazione della contabilità analitica delle aziende a costi diretti, garantisca la costruzione di un costo pieno omogeneo e confrontabile. Il sistema di contabilità analitica, da un punto di vista logico, deve essere rappresentato da una matrice a doppia entrata, che riporta sulle righe l'elenco dei centri di costo/centri di responsabilità, articolati sulla base della struttura di produzione, e sulle colonne gli aggregati dei fattori produttivi, organizzati in base alla natura degli stessi.

I costi dei centri che forniscono prestazioni intermedie ospedaliere quali i servizi di Radiologia, Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica, Medicina Nucleare, devono essere suddivisi sulla base dell'attività svolta per utenti esterni e per pazienti ricoverati in degenza ordinaria o in regime di ricovero diurno.

Si procede calcolando il totale dei costi diretti e indiretti, con i criteri sopra esposti, dei servizi erogatori di prestazioni intermedie e suddividendolo sulla base dell'attività che questi servizi svolgono per utenti esterni e per pazienti ricoverati. Tale operazione richiede l'accesso a flussi inerenti i dati di attività e/o indicatori di carattere extracontabile, come le prestazioni effettuate per utenti esterni e interni e successivamente per quali reparti di degenza, day hospital o unità operative del territorio.

Per valorizzare le prestazioni e calcolare la percentuale per esterni e per interni si può procedere in due modi:

1. applicare un sistema di “prezzi di trasferimento” interni, basati sui costi di produzione;
2. utilizzare le tariffe del nomenclatore ministeriale o regionale (prezzi di “mercato”).

Nel primo caso viene individuato un sistema di pesi delle prestazioni, nell'ambito di una stessa branca specialistica, intesi come rapporti relativi di assorbimento delle risorse. Moltiplicando il peso di ogni prestazione per il numero di prestazioni effettuate per interni e per esterni viene calcolato il totale dei pesi prodotti dal servizio e la percentuale di incidenza sul totale dell'attività. Viene poi suddiviso il totale dei costi diretti in costi per esterni e costi per interni sulla base delle due percentuali ottenute col sistema di pesi.

Nel secondo caso viene simulato un ricavo totale del servizio, tariffando le prestazioni effettuate sia per esterni che per interni, per le quali viene calcolata la

percentuale di incidenza sul totale, e vengono poi ripartiti i costi diretti sulla base delle due percentuali trovate.

Si ritiene che l'applicazione di un criterio o dell'altro (prezzi di trasferimento interni o prezzi di "mercato") rientri nell'ambito dell'autonomia aziendale e possa essere fatta con riferimento a parametri interni di efficienza, e quindi a costi effettivi di produzione dei servizi intermedi o a costi standard e sia soprattutto legata al sistema informativo del quale è dotata l'azienda.

I criteri di trasferimento devono essere sufficientemente validi e devono tener presente che un livello di precisione più elevato ha un costo.

La contabilità analitica può essere sintetizzata come il sistema di misurazione dei costi adottato da un'azienda e come lo strumento di supporto per la gestione delle risorse e il controllo della spesa.

I dati di base della contabilità analitica sono sempre quelli della contabilità generale, ad eccezione di alcune rilevazioni extra contabili, ciò che cambia è principalmente il modo di disaggregarli e la filosofia di fondo. La Contabilità Generale nasce come documento di sintesi che certifica i risultati conseguiti dall'Azienda nei confronti dell'esterno, i dati sono rilevati a consuntivo e vengono resi ufficiali con molto ritardo. La contabilità analitica è invece un documento che viene redatto ad uso interno aziendale, a cadenza infra-annuale e dunque senza attendere la certificazione finale del bilancio. Lo scopo è di conoscere costi, ricavi e il loro andamento nei punti dove essi vengono generati. E' dunque

necessario scendere nel dettaglio e soprattutto essere tempestivi nelle elaborazioni.

La progettazione di una contabilità analitica entra nel merito di molte questioni: dalla definizione dei livelli gerarchici nell'architettura, alle tipologie di costo, ai criteri di ribaltamento di costi indiretti e comuni a più centri, alla determinazione del livello di dettaglio dei fattori produttivi. Qualsiasi sia la problematica analizzata è necessaria la presenza di una infrastruttura informatica che permetta la raccolta tempestiva delle informazioni utili e la loro aggregazione al fine di valutare l'andamento della gestione in ciascun centro di costo.

La contabilità analitica è indispensabile per qualsiasi azienda, la sua utilità cresce proporzionalmente alle dimensioni e alla complessità dell'organizzazione e dei costi che essa genera. Nelle imprese private è uno strumento ormai affinato dall'esperienza ed è legato all'esigenza di controllo della spesa imposto da azionisti, management e concorrenza; nel settore pubblico la complessità organizzativa, la mancanza di un reale confronto con la concorrenza e la "tradizionale" difficoltà al cambiamento, hanno rallentato, nonostante gli sforzi normativi, l'implementazione di una seria contabilità dei costi.

La crescente tensione fra bisogni pubblici e risorse disponibili impone un miglioramento dei processi di trasformazione dei fattori produttivi in servizi e la verifica puntuale e continua delle condizioni di efficacia, di efficienza e di economicità della gestione. In un'azienda sanitaria orientata all'efficienza gestionale, la costruzione di un sistema di contabilità analitica integrato con la

contabilità economico patrimoniale è indispensabile per individuare eventuali aree di inefficienze ed adottare possibili azioni correttive.

Capitolo IV

IL CASO DI STUDIO DELL'AZIENDA

OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

4.1 L'A.O.U. Federico II

A differenza del lavoro svolto per la realizzazione dei primi tre capitoli, sostanzialmente basato sullo studio teorico della normativa e della letteratura esistente in materia, questo capitolo è frutto di un'analisi svolta sul campo, è cioè conseguenza di un lavoro svolto all'interno dell'A.O.U. Federico II.

Prima di addentrarsi nella trattazione del caso aziendale, sembra opportuno fornire alcune informazioni generali inerenti all'AOU "Federico II", in termini di struttura, di organizzazione, di attività svolte e di quanto altro risulti utile ad esplicitarne caratteristiche e problematiche.

L'AOU "Federico II" nasce da una serie di provvedimenti, nazionali e regionali, tesi a realizzare al meglio la collaborazione tra Regione ed Università, ed oltre ad essere integrata con il SSR, si caratterizza per l'attività assistenziale e per quelle di alta specializzazione di rilievo nazionale.

L'AOU "Federico II" si trova, pertanto, ad espletare in modo unitario ed inscindibile le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, rappresentando contemporaneamente sia un elemento strutturale importante del SSN, in

particolare del SSR della Campania, perseguendo quindi l'obiettivo di tutela globale della salute, sia un elemento strutturale dell'Università, perseguendo obiettivi di didattica e ricerca.

Quanto esposto trova una chiara descrizione nel logo (Fig. 4.1), in cui gli elementi raffigurati (stemma federiciano, torre biologica, presidenza della facoltà, padiglione assistenziale) sono rappresentativi del profondo legame fra l'Azienda e l'Università.



Figura 4.1: Logo dell'AOU "Federico II"

L'AOU "Federico II" costituisce il maggiore e più articolato presidio clinico universitario del Mezzogiorno, risultando una delle strutture sanitarie di più elevata qualificazione e specializzazione del territorio nazionale.

Inoltre, essa è sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia, di varie Scuole di Specializzazione medico-chirurgiche, di Corsi di laurea breve per personale non medico, di Corsi di Perfezionamento, oltre che di Diplomi Universitari.

Per quanto riguarda l'assetto giuridico, l'azienda, denominata *Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II"*, ha personalità giuridica pubblica, è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, ed ha sede legale in Via Sergio Pansini n°5, (80131 - Napoli).

L'AOU "Federico II" è dislocata nella zona collinare di Napoli e, come mostrato in Fig. 4.2, essa risulta dotata di quattro ingressi di cui, il principale è situato in via S. Pansini (aperto 24 ore) e gli altri sono situati in via T. De Amicis, via Quagliariello e via Santacroce ad Orsolone.

La struttura si presenta come complesso edilizio poliblocco, articolata in ventisei edifici collegati tra loro da viali e percorsi sotterranei, circondati da uno dei più grandi parchi naturali della città di Napoli (in totale circa 440 mila metri quadrati).

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II



Figura 4.2: Complesso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria

“Federico II”

Al centro del complesso spicca il grattacielo di venti piani denominato “Torre Biologica” (poiché ospita gli Istituti biologici), simbolo di tutta la megastruttura, mentre nelle sue adiacenze è situata l’Aula Magna, in grado di accogliere, su due livelli, oltre 900 persone e numerose altre strutture didattiche e di ricerca scientifica.

Coerentemente con lo stretto legame istituzionale e funzionale con l'Università e la Facoltà di Medicina e Chirurgia, l'AOU "Federico II" adotta come *mission* il perseguimento integrato e contemporaneo di obiettivi di didattica, ricerca ed assistenza. Tale finalità, inoltre, rientra e contribuisce alla realizzazione di quella più ampia e complessa perseguita dal Servizio Sanitario della Regione Campania, tesa alla tutela globale della salute nel quadro delle risorse destinate a tale obiettivo dalla collettività.

Nell'ambito della realizzazione della *mission* istituzionale è possibile individuare alcuni principi basilari, ai quali l'AOU "Federico II" si ispira:

- Centralità della persona: l'azienda pone al centro dello svolgimento dei suoi processi la "persona", intendendo con tale accezione sia il *cittadino/utente*, a cui dedica prestazioni che soddisfino al meglio tutte le sue esigenze, non solo quelle sanitarie, sia lo *studente*, occupandosi della sua crescita professionale ed umana, sia, infine, il *professionista*, cercando le soluzioni migliori per la sua valorizzazione professionale e per la creazione delle condizioni ottimali di lavoro.
- Clinical Governance: l'azienda cerca di promuovere al meglio l'integrazione tra didattica, assistenza e ricerca, sviluppando processi, politiche e strumenti per il miglioramento delle condizioni cliniche ed organizzative, e per il controllo dei processi assistenziali stessi.

- Efficienza, Efficacia ed Economicità nella Gestione: sulla scia della ristrutturazione complessiva del Sistema Sanitario avviata tanto a livello nazionale, quanto a livello regionale, per effetto dei tagli alla spesa pubblica per la Sanità, anche l'AOU “Federico II” si trova a perseguire la continua ricerca delle condizioni di efficienza, di efficacia e di economicità sia nei processi sanitari sia in quelli amministrativi, facendo leva sull'adozione di adeguati strumenti gestionali.

E' possibile, infine, evidenziare come la realizzazione delle finalità istituzionali passi attraverso un approccio programmatico della gestione delle attività e dei servizi, con particolare attenzione alla garanzia di tutte le forme e dimensioni della qualità, avvalendosi di un'adeguata infrastruttura organizzativa (vedi paragrafo successivo) oltre che di un idoneo sistema informativo, del quale ad oggi sono sfruttate poche delle innumerevoli potenzialità.

Per quanto concerne le attività relative all'erogazione delle prestazioni sanitarie, le funzioni assistenziali vengono assicurate attraverso i ricoveri ordinari a ciclo continuo, i ricoveri in regime di day-hospital e di day-surgery e le attività ambulatoriali, in numerose branche dell'attività medico-chirurgica e odontostomatologica, ed in linea con la funzione di tipo ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione riconosciuta alla struttura.

L'AOU “Federico II” è dotata, inoltre, di un Servizio di Pronto Soccorso specialistico ostetrico-ginecologico ed attua, pertanto, ricoveri per emergenze o

urgenze esclusivamente in ambito ostetrico-ginecologico. Inoltre, l'azienda svolge ricoveri per trasferimento programmato di pazienti da altre aziende ospedaliere. Per la gestione di tutte le altre attività medico-chirurgiche e per i ricoveri di elezione per patologie ostetrico-ginecologiche che non richiedono interventi di emergenza o urgenza si opera una programmazione mediante l'utilizzo di "liste d'attesa", esistenti presso le diverse strutture di degenza.

Il modello organizzativo di riferimento per l'AOU "Federico II" è quello dipartimentale, delle cui caratteristiche si è già discusso nei capitoli precedenti. E' bene ricordare l'importanza di tale modello ai fini dell'integrazione tra unità organizzative (sia semplici che complesse) eterogenee, responsabilizzate su attività di programmazione, consulenza ed indirizzo.

Il processo di ristrutturazione organizzativa attuato dall'AOU "Federico II", in conformità con quanto previsto dal D. Lgs. 517/99, prospetta uno snellimento dell'organizzazione mediante l'aggregazione dei Dipartimenti, DAS (Dipartimenti Assistenziali) e DU (Dipartimenti Universitari), in circa venti DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata), favorendo lo svolgimento delle varie funzioni, tra cui:

- programmazione, coordinamento e verifica delle attività dipartimentali;
- razionalizzazione, standardizzazione e sviluppo di processi amministrativi, tecnici e logistici, linee guida, protocolli e regolamentazione dipartimentale di competenza;
- programmazione e coordinamento del budget dipartimentale;
- miglioramento ed integrazione delle attività formative e di aggiornamento.

La definizione della struttura dipartimentale ed, in particolar modo, del DAI, permetterà all'AOU di assicurare l'esercizio integrato delle attività di assistenza, di didattica e di ricerca, e di garantire all'utente:

1. la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali;
2. un percorso assistenziale caratterizzato da omogeneità nella gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi;
3. il livello più elevato di appropriatezza e tempestività delle cure, anche mediante l'integrazione con i processi di didattica e ricerca.

Prima di descrivere sinteticamente gli organi dell'AOU "Federico II" è interessante riportare lo schema (Fig. 4.3) rappresentativo della macrostruttura organizzativa che verrà a costituirsi dopo l'approvazione del nuovo Atto Aziendale e, con esso, della nuova forma dipartimentale:

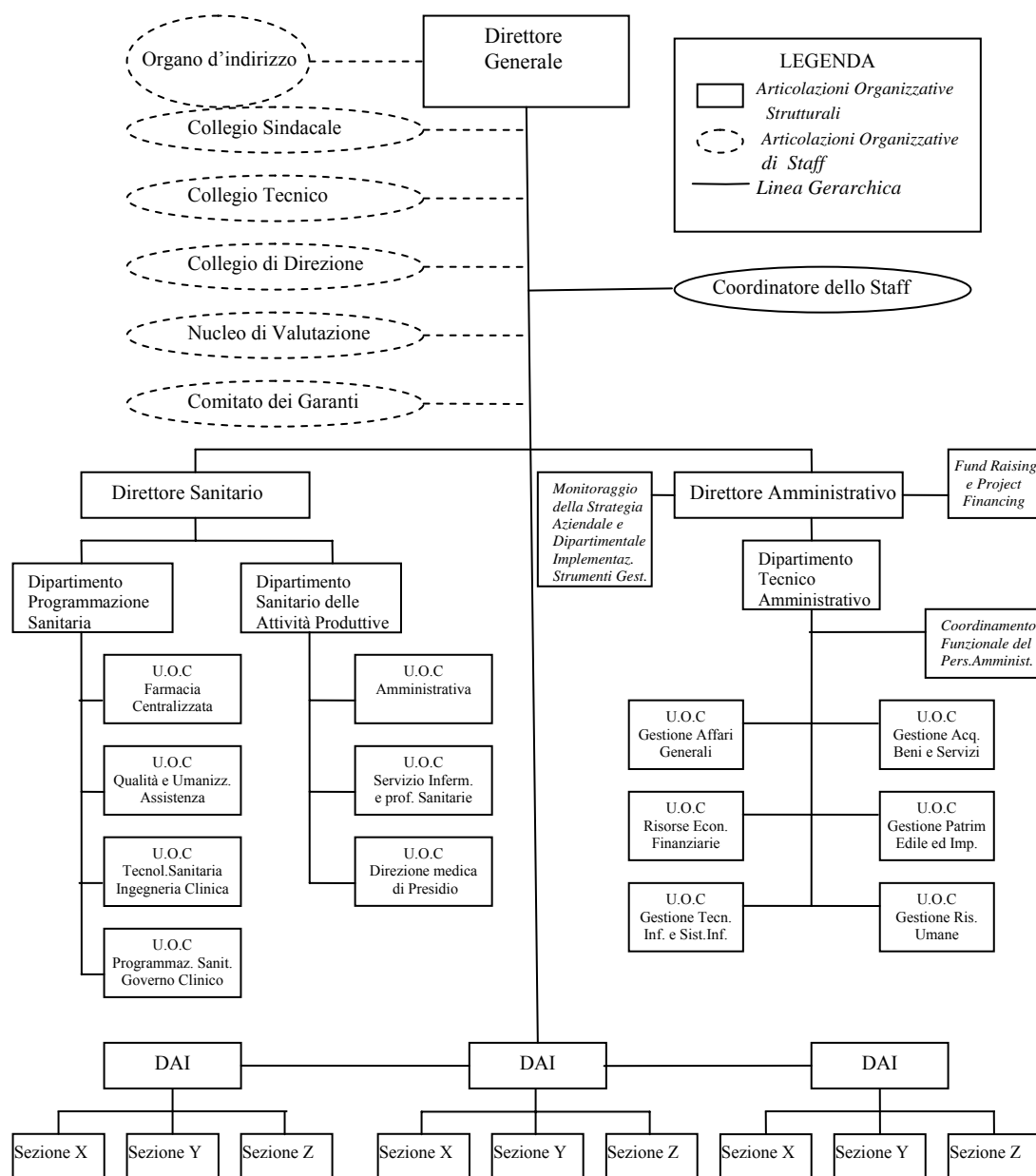


Figura 4.3: La Macro Struttura Organizzativa

Per la descrizione degli organi dell'AOU "Federico II", in riferimento a quanto espresso dall'art. 4 del Protocollo d'Intesa tra Regione Campania ed Università degli Studi di Napoli Federico II, è possibile individuare il *Direttore Generale* (situato al vertice della macro struttura organizzativa (Fig. 4.3), il

Collegio Sindacale (posto tra le strutture di Staff del Direttore Generale) e *l'Organo d'Indirizzo* (anch'esso tra le strutture di Staff del Direttore Generale).

Gli organi indicati costituiscono parte integrante dell'assetto istituzionale, inteso come l'insieme dei soggetti ed organismi tramite cui vengono esercitate le prerogative di governo dell'AOU.

4.2 La nascita del sistema di controllo di gestione

L'attività di programmazione e di controllo della gestione viene avviata in azienda nel 2006.

Fino ad oggi sono state condotte diverse attività di supporto al processo di costruzione del sistema, le tratteremo singolarmente.

Innanzitutto è stata avviata un'attività di ricerca in cui sono state prese in considerazione le linee guida della regione Lazio e della regione Lombardia come esempio per la costruzione del sistema inoltre è stata presa in considerazione tutta la letteratura esistente in materia avvalendosi anche del supporto del Centro di ricerche sulla gestione assistenza sanitaria (CERGAS) di Milano.

Già dai primi mesi del 2006 sono state effettuate diverse interviste non strutturate ai referenti delle unità di controllo di gestione dell'A.O. Monaldi, dell'A.O. Cardarelli e dell'A.O. Cotugno, tre realtà ospedaliera confinanti con l'A.O.U. Federico II di cui due di queste utilizzano lo stesso sistema informatico di supporto all'attività del controllo di gestione.

Dallo studio della letteratura e dalle linee guida di altre regioni ne è scaturito la costruzione di un piano dei centri di costo che è stato denominato “piano dei centri di rilevazione” in quanto dal punto di vista contabile accoglie sia i costi diretti ed indiretti che i ricavi provenienti dal rimborso delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali erogate.

E’ stato rivisto il piano dei fattori produttivi ed allineato completamente al nuovo piano dei conti di contabilità generale approvato dalla regione Campania che è risultato molto dettagliato, l’allineamento permetterà maggiore facilità nella quadratura tra la contabilità generale e quella analitica.

Fondamentale è stato effettuare un’ analisi ricognitiva del sistema informativo-informatico per una serie di motivi, innanzitutto l’A.O.U. Federico II è, per dimensioni e complessità, un’ azienda la cui gestione è accostabile solo ad altre due in Italia, Policlinico Gemelli e Umberto I entrambe a Roma. Coesistono, all’interno, due realtà fortemente eterogenee, quella di struttura erogatrice di servizi per il SSN e la componente universitaria di ente per la formazione e la ricerca in campo medico. I due caratteri incidono fortemente sul grado di disaggregazione del sistema azienda. Questa difficoltà è acuita dal fatto che l’azienda, solo recentemente, si sia costituita come realtà indipendente dall’università, e, perciò, fa i conti con procedure di gestione ancora in fase di implementazione. A parte le difficoltà economico-gestionali, quotidianamente si combatte con un ostacolo strutturale all’integrazione, cioè la conformazione della struttura degli edifici che, oltre ad essere divisi e distanti l’uno dall’altro, spesso

ospitano frammenti di uno stesso dipartimento o di dipartimenti diversi a distanze enormi, non tenendo conto che le esigenze dell'attività integrata richiederebbero una vicinanza anche fisica. Tutto ciò comporta tempi lunghi di comunicazione ed interfaccia reciproca tra le attività, con, spesso, conseguente perdita di attendibilità dell'informazione. In tale quadro, è emersa chiara la necessità di avvalersi di supporti informatici capaci di accelerare il processo informativo e far fronte ai diversi gap dell'azienda. La spinta all'informatizzazione, nell'ambiente così disaggregato e fortemente influenzato da istituzioni contingenti (Università, Regione, CNR ecc.), non è venuta a livello centrale con un piano omogeneo ed integrato, ma, in tempi e modalità differenti, si è affermata dalle realtà periferiche dei Dipartimenti assistenziali sotto l'egida dei direttori più innovativi, che per migliorare la propria specifica attività, hanno adottato gli strumenti informatici più disparati.

Per questo motivo si è reso necessario effettuare un'analisi dei flussi informativi ed informatici esistenti ed è stata predisposta una scheda con poche ed indicative domande indispensabili per le finalità dell'indagine (tabella 4.1).

SOFTWARE e Softwarehouse	Caratteristiche del Software	DAS o servizi che utilizzano il software	Connessione al Network	PRESTAZIONI che vengono gestite dal software	TEMPISTICA CARICAMENTO O DATI	TEMPISTICA TRASMISSIONE DATI	REFERENTI E UTILIZZATORI

Tabella 4.1 Griglia domande per intervista sul sistema informatico

E' stato necessario, nel corso dell'indagine, chiedere ai referenti il nome commerciale del *software* perché, spesso veniva indicato con diversi nomi

confondendolo, magari, con la società che lo gestiva o l'attività che svolgeva. E' stato necessario indicare anche le *softwarehouse (gestori e produttori)* di gestione per sottolineare la diversità di operatori che interagiscono con l'azienda e che spesso si trasforma in difficoltà di interfaccia tra le diverse applicazioni, anche se con linguaggio comune.

Per caratteristiche del software si intende una breve descrizione della funzione del software, e qualche dettaglio tecnico relativo alla presenza o meno, per esempio, di un proprio database o accenni a funzioni accessorie.

Sono indicati i Das, i Servizi Sanitari e Centralizzati, le direzioni che, realmente, o potenzialmente potevano interagire con il software.

La connessione al network (cioè l'interfaccia con altri software aziendali) è stata spesso indicata scindendo l'attuale situazione da quella futura; ne è emerso un quadro di differenze spesso significative e non sempre chiare, nemmeno all'intervistato.

La funzionalità dei diversi applicativi è stata indicata nel campo prestazioni che vengono gestite dal software indicando tutte le funzioni potenziali del sistema, considerando che, spesso, molte di queste sono parzialmente sfruttate.

La *tempistica di caricamento del dato* indica quando gli operatori immettono il dato nel sistema. Potenzialmente, la maggioranza degli applicativi prevede all'occorrenza, in tempo reale, l'immissione del dato da rilevare;

Per *tempistica di trasmissione dei dati* si intende la cadenza entro cui i dati vengono trasmessi alle direzioni o agli uffici centralizzati, cercando di capire

anche in che modo. Le risultanze sono state le più svariate, dalla comunicazione in cartaceo esclusiva, all'affiancamento di un file excel su floppy, al solo file excel, alla diretta estrazione sul software ecc. a riprova delle diverse velocità su cui viaggiano i dati.

I *referenti e utilizzatori* sono le figure professionali che, potenzialmente, dovrebbero utilizzare il software, e quelle che in realtà lo utilizzano. I referenti sono i principali gestori del sistema a livello locale;

Dall'indagine risulta che l'implementazione di volta in volta, di diversi applicativi crea ora, in un'ottica sistemica unitaria, enormi difficoltà di interfaccia. Si è generato, così, un sistema che anche all'interno degli stessi dipartimenti viaggia a velocità differenti; coesistono aree informatizzate ed altre no, pur facendo la stessa attività; si creano procedure duplicate in cartaceo e utilizzo esclusivo del software da parte solo del personale che per attitudini personali si è impegnato a portare avanti l'implementazione. Il permanere di queste situazioni, che generano evidenti problematiche a livello di confluenza e attendibilità del dato verso le direzioni, è fortemente connesso alla resistenza di parte del personale all'aggiornamento e all'utilizzo delle nuove tecnologie.

Dall'indagine sono state realizzate nel dettaglio le specifiche di ciascun software ed una fotografia del sistema aziendale informatico complessivo (allegati 1 e 2).

All'interno dell'AOU Federico II è stato avviato un ciclo di budget che ha coinvolto la direzione aziendale e tutti i dipartimenti assistenziali identificati come centri di responsabilità. (allegato 3)

Per iniziare il ciclo di budget la direzione aziendale ha definito gli obiettivi per l'anno in corso tenendo conto di 3 macro leve quali l'attività, l'uso delle risorse, e l'organizzazione del lavoro e di diverse leve e correlati indicatori su cui agire per raggiungere gli stessi (allegato 4).

La direzione aziendale ha preparato una scheda di budget per dipartimento inserendo al suo interno una serie di dati relativi a due anni (allegato 5)

La scheda di budget rappresenta lo strumento operativo attraverso il quale il Centro di Responsabilità concorda/negozia i propri obiettivi per l'anno di budget. La scheda di budget è, quindi, lo strumento chiave di tutto il processo di budget, in quanto prevede tramite la sua compilazione la formalizzazione in numeri e dati delle performance di ogni singolo centro di responsabilità.

E' evidente, quindi, come la predisposizione di tale scheda costituisca la base di partenza di ogni processo di budget.

La scheda è stata strutturata in tre sezioni:

1. "Dati generali": in tale sezione sono riportati i dati strutturali (PL, ambulatori e gli spazi assegnati al Dipartimento), la dotazione organica e le attrezzature in carico al CdR, nonché alcune tipologie di indicatori.

2. “Dati di attività”: tale sezione è costituita da dati ed indicatori riguardanti attività, costi diretti sanitari, processo, appropriatezza ed efficienza
3. “Conto economico”: tale sezione è costituita dai costi e dai ricavi del dipartimento.

Una volta predisposti questi strumenti è necessario che il CdR abbia tutte le informazioni per poter partecipare al processo di budget. E' fondamentale, quindi definire fasi attori e la tempistica del ciclo di budget quali:

1. La direzione ha stabilito e comunica alle varie articolazioni organizzative gli indirizzi di programmazione per l'anno;
2. Viene fatto un incontro tra la direzione aziendale e i direttori dei Dipartimenti Assistenziali per la condivisione dello strumento;
3. Vengono inviati a tutti i dipartimenti le schede di budget per la condivisione dei dati e per cominciare a proporre obiettivi da negoziare;
4. Viene attivato uno sportello budget presso il quale i Dipartimenti possono ricevere delucidazioni sui dati fornitigli;
5. Sono stati effettuati circa 75 incontri negoziali con i 24 dipartimenti assistenziali e i 2 servizi e con il 90 % dei dipartimenti si è arrivati a concordare degli obiettivi e a firmare congiuntamente la scheda budget con obiettivi proposti e condivisi (allegato 6).

La firma della scheda budget con gli obiettivi concordati è stata fatta nei primi 2 mesi dell'anno e successivamente è stato prodotto un report (allegato 7) del primo trimestre che ha illustrato l'andamento in termini percentuali degli obiettivi definiti in fase di concertazione.

In casi in cui il report evidenzia delle grosse difficoltà nel raggiungimento di soglie percentuali minime accettabili la direzione solitamente a metà anno si riincontra con il dipartimento assistenziale ed insieme si cercano di capire i motivi che hanno portato a tale performance negativa. L'obiettivo del processo di budget e del reporting non è un controllo punitivo ma è un lavorare insieme con la direzione aziendale e tutte le diverse articolazioni organizzative per raggiungere degli obiettivi comuni e condivisi.

Il processo avviato ha dato dei risultati concreti nel tempo andiamo ad analizzarli

Dal punto di vista gestionale il processo di budget ha di fatto aumentato la capacità da parte della direzione aziendale e soprattutto dei direttori di dipartimento, di gestire il proprio dipartimento/Centro di responsabilità sulla base di dati tempestivi ed affidabili, si è andato quindi accrescendo il ruolo del direttore dipartimentale che ha una autonomia e una responsabilità oggettiva sull'andamento dell'attività nonché sull'allocazione delle risorse strutturali umane strumentali ed economiche.

Dal punto di vista organizzativo il processo ha spinto verso una maggiore integrazione tra i reparti medico-chirurgici ed i servizi diagnostici anche con la

creazione di protocolli diagnostici terapeutici. Inoltre si è reso necessario analizzare le varie fasi di alcuni processi per la riingegnerizzazione degli stessi al fine di maggiore efficienza ed efficacia e quindi riduzione sprechi e più qualità delle prestazioni erogate.

Diversi obiettivi concordati in sede di budget soprattutto quelli riguardanti l'utilizzo delle risorse (farmaci, presidi richieste di analisi etc) hanno determinato notevoli risparmi in quanto all'interno dei dipartimenti si è fatta maggiore attenzione e si sono adottate pratiche virtuose. Inoltre uno degli obiettivi concordati è stato la chiusura della scheda di dimissione ospedaliera in tempo e soprattutto la corretta compilazione della stessa ai fini di una maggiore valorizzazione tariffaria della prestazione erogata, questo tipo di obiettivo ha avuto un forte impatto economico.

CONCLUSIONI

L'analisi della letteratura in materia e dell'esperienza di altre regioni/aziende sanitarie, la partecipazione a diversi corsi e convegni sul tema, la conduzione di interviste ad esperti del settore, unitamente allo studio del caso presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, hanno portato a diverse conclusioni rispetto al tema oggetto della tesi.

Una prima riflessione è che la fase applicativa di costruzione del sistema di controllo di gestione e quindi dell'avvio del budget ha avuto un esito positivo in quanto si sono verificate una serie di condizioni nell'A.O.U. Federico II:

- Sono state coinvolte le componenti di vertice dell'A.O.U. Federico II; il processo, promosso dalla direzione aziendale, ha da subito previsto il coinvolgimento di un attore importante quale la Facoltà di Medicina;
- C'è stata una forte volontà di cambiamento rispetto al passato da parte della direzione aziendale;
- La direzione generale, amministrativa e sanitaria hanno dimostrato grande integrazione e condivisione di obiettivi grazie anche alla stima reciproca dei tre direttori;
- I direttori di dipartimento assistenziale desiderano avere una maggiore conoscenza oggettiva del dipartimento stesso.

Ai fini della buona riuscita del processo sono risultate fondamentali le modalità di introduzione di tale sistema, il quale richiede e induce un cambiamento culturale, organizzativo, gestionale e l'attivazione di un processo di comunicazione tra i diversi livelli di governo aziendale (nelle aziende sanitarie c'è forte scollamento/scarsa comunicazione/ bassa fiducia reciproca tra il vertice e la base).

Inoltre già dai primi incontri di negoziazione con i vari centri di responsabilità la direzione aziendale ha cercato di comunicare il concetto di budget nella forma più ampia e corretta ossia inteso come sistema di obiettivi e di risorse correlate per raggiungerli, purtroppo il budget ad oggi viene legato unicamente a risorse economiche ed al concetto di tetto di spesa.

Altro concetto distorto è l'attuale associazione del controllo di gestione a controllo punitivo e quindi un associazione negativa che non giova soprattutto in fase di avvio di tale processo; si è cercato di trasmettere e di dimostrare che il controllo di gestione va inteso come guida alla gestione, come supporto ai vari livelli di governo e non solo alla direzione aziendale, e quindi anche la valutazione dei risultati durante l'anno (attraverso l'uso dei report) è finalizzata alla comprensione delle problematiche che non hanno consentito il raggiungimento degli obiettivi condivisi ad inizio anno.

All'interno dell'A.O.U. Federico II, in parallelo all'avvio del processo di budget si è sentita l'esigenza di organizzare per i coordinatori dei centri di responsabilità un corso di formazione sugli strumenti economico gestionali al fine

di poter comprendere e partecipare in maniera più consapevole al processo di budget.

Gli incontri di budget con i vari dipartimenti assistenziali, quali centri di responsabilità, hanno prodotto risultati molto interessanti e messo in luce alcuni aspetti:

1. C'è grande interesse da parte dei direttori di dipartimento in quanto percepiscono l'esigenza di governare su una base di dati;
2. Viene apprezzato il metodo della concertazione e condivisione degli obiettivi;
3. Il processo avviato è soprattutto di comunicazione, di ascolto da entrambe le parti che si avvalgono di regole concordate e trasparenti;
4. Il processo avviato sta contribuendo a rendere i flussi informativi interni (e quindi la contabilità analitica) più tempestivi, completi e precisi in quanto vi è la consapevolezza che sulla base dei dati generati vengono adottate politiche aziendali di breve e di lungo periodo;
5. L'introduzione del sistema di controllo di gestione ha determinato la riduzione sostanziale dei comportamenti non corretti preesistenti del sistema, in quanto tutto è maggiormente monitorato, analizzato e valutato.

A conclusione un ulteriore aspetto importante è rappresentato dal fatto che il processo e il budget hanno imposto trasparenza nell'adozione delle decisioni a

tutti i livelli e quindi le decisioni vengono prese su numeri e dati oggettivi piuttosto che su sensazioni/pressioni.

Durante i circa 70 incontri di budget spesso è stato affermato: “è inutile incontrarsi e parlare di obiettivi senza disporre di personale, attrezzature e risorse economiche”. Il lavoro svolto dimostra, così come preannunciato nell'introduzione, che in presenza di risorse scarse la programmazione ed il controllo di gestione risultano ancora più necessari. E' indispensabile quindi, sulla base di dati oggettivi e disponibili a tutti i livelli di governo, programmare e distribuire le poche risorse disponibili nel modo più strategico e più corretto possibile.

BIBLIOGRAFIA

- Anselmi, Saita, *“La gestione manageriale e strategica nelle aziende sanitarie”*, Il Sole 24 ore, 2002.
- Anthony, Young, *“Controllo di gestione”*, McGraw Hill, Milano, 1992
- Arillo, tesi di laurea in gestione aziendale: *“Implementazione della contabilità analitica nelle aziende ospedaliere: il caso del ribaltamento dei costi comuni di un blocco operatorio nell’AOU Federico II”*, Napoli 2006
- Ascione, progetto MIMS Bocconi, *“La rete dei sistemi informatici aziendali nell’AOU Federico II come supporto all’implementazione del Controllo Interno di Gestione”*, Napoli 2007
- Bartocci, *Il budget come strumento di governo delle aziende sanitarie pubbliche: profili teorici ed operativi.*, *Rivista italiana di ragioneria e di economia aziendale*, n° 11/12, 2002.
- Bergamaschi, Nava, *L’esperienza di gestione budgetaria dell’Azienda Ospedaliera Polo Universitario Luigi Sacco – Milano, Il budget nelle Aziende sanitarie. Esperienze a confronto.*
- Bocchino, *“La contabilità industriale a costi consuntivi”*, Giuffrè, Milano, 1988
- Borgonovi, *“Il controllo economico nelle aziende sanitarie”*, EGEA, 1990
- Bruno, progetto MIMS Bocconi, *“Predisposizione ed analisi del processo di budget nell’A.O.U. Federico II”*, Napoli 2007
- Bruzzi, *“Finanziamento e gestione delle aziende ospedaliere.”* Giuffrè Ed. 1997
- Calcioli, *Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie: contabilità, budget e programmazione*, Franco Angeli., 2003.
- Casati, *“Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie”*, EGEA, 1996

- Casati, *Programmazione e controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, McGraw-Hill, 2000.
- Casati, Frosoni, *La gestione del budget nelle aziende sanitarie: aspetti tecnici*, L'aziendalizzazione della sanità in Italia., Rapporto OASI 2001., EGEA, Milano, 2002, Pessina, Cantù.
- Casati, Valotti, *Il collegamento tra sistema di budget e sistema di incentivazione nelle aziende ospedaliere: una possibile metodologia*, Mecosan, n° 17, 1996.
- Casati, Francesconi, Nicolai, Webber, Zigrino, *L'utilizzo del budget per l'incentivazione nelle aziende sanitarie pubbliche: il caso dell'APSS trentina*, Mecosan, n° 32, 1999.
- Casati, Mastrobuono, *Valutazione dello stato di sviluppo della programmazione budgetaria nelle aziende sanitarie italiane*, Mecosan, n°26, 1998.
- *Contabilità e controllo di gestione nelle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere*, Mecosan, n° 36, 2000.
- Contardi, tesi di laurea in gestione aziendale: “ *Un modello per la rilevazione dei costi congiunti all'interno delle aziende ospedaliere universitarie. Verifica su un dipartimento dell' A.O.U. Federico II*”, Napoli, 2005
- Del Bene, *Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*, Collana di studi Economico-aziendali, “E. Riannesi”, Giuffrè Editore, 2000.
- Del Bene, *I sistemi di pianificazione e controllo nelle aziende sanitarie*, Azienda pubblica, n° 3, 1994.
- Del Vecchio, *Strategia e pianificazione strategica nelle aziende sanitarie pubbliche: un'introduzione*, n° 14, 1995.
- Di Matteo, tesi di laurea in gestione aziendale: “*L'implementazione del sistema activity based costing nel controllo di gestione delle aziende sanitarie: un caso aziendale*”, Napoli, 2003

- Lega, *Activity-based costing & management nelle aziende sanitarie: la gestione integrata per attività dei processi produttivi sanitari*, Mecosan, n° 22, 1997.
- Maggi, *Sistemi di controllo di gestione nelle aziende sanitarie*, Giuffrè Editore, 2003.
- Mazzotta, “*Il sistema di contabilità analitica dei costi negli enti locali*”, in Mulazzani (a cura di), “*Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche*”, Cedama, Padova, 2006
- Molinaro, tesi di laurea in ingegneria “*Progettazione di sistemi di controllo di gestione in sanità: il caso della mappatura dei flussi informativi nell’A.O.U. Federico II*”, Napoli 2007
- Nuara, tesi di laurea in economia: “*Il controllo economico di gestione nelle aziende sanitarie*”, Palermo, 1997
- Paolone, D’Amico, Palumbo, “*Le rilevazioni di contabilità industriale*”, Cacucci, Bari, 1998
- Pessina, Battaglia, Danzi, *Una proposta di piano dei conti per le aziende ospedaliere pubbliche*, Mecosan, n° 20, 1996.
- Santesso, “*Contabilità dei costi. Metodi ed obiettivi*”, Cedam, Padova, 1982
- Selleri, “*Contabilità dei costi e contabilità analitica.*” ETAS, 1990
- Terzani, “*Lineamenti di pianificazione e controllo*”, Cedam, Padova, 1999
- Turolla, “*La determinazione e il controllo dei costi nelle organizzazioni ospedaliere*”, Giuffrè Ed., 1997
- Vendramini, *Il sistema di budget per le aziende sanitarie pubbliche*, McGraw-Hill, 2004.
- Ventimiglia, tesi di laurea in ingegneria: “*L’infrastruttura tecnico-contabile del sistema di Controllo di Gestione: il caso del blocco operatorio n° 6 dell’AOU Federico II*”, Napoli 2007
- Zangrandi, “*Il controllo di gestione nelle Unità Sanitarie Locali*”, Giuffrè, 1988

- Zavattaro, *Prime riflessioni sui sistemi di contabilità economica nel servizio sanitario nazionale*, Mecosan, n° 10, 1994.
- Zavattaro, *Il budget: una risposta alla crescita di complessità del sistema sanitario*, Mecosan, n° 5, 1993.

ALLEGATI

ALLEGATO 1: Specifiche software analizzati

SOFTWARE e Softwarehouse	Caratteristiche del Software	DAS o servizi che utilizzano il software	Connessione al Network	PRESTAZIONI che vengono gestite dal software	TEMPISTICA CARICAMENTO DATI	TEMPISTICA TRASMISSIONE DATI	REFERENTI e Utilizzatori
"SOWeb" Engineering	Software di gestione delle Sale Operatorie. Possiede un DB autonomo.	Blocchi Operatori	Situazione Attuale: non è implementato per problemi tecnici. Situazione Futura: sarà connesso all'intera rete aziendale e trasferirà automaticamente le informazioni economicamente significative ad Oliamm	Dalla visita anestesistica preoperatoria al trasferimento del paziente al reparto registra prestazioni, servizi, diagnosi, consumo materie, i turni degli interventi, il personale e la disponibilità delle sale.	Prima, durante e dopo l'intervento	In tempo reale	Anestesisti, Chirurghi e Caposala
"Merlino PACS" REM s.r.l	Sistema di lettura e refertazione delle prestazioni radiologiche. Possiede un database relazionale (interbase) con interfaccia web e client server, accessibilità autonoma ad internet.	Servizio di Radiologia Centralizzato (ed. 10)	Integrazione con il software RIS SGP-PACS, con la rete aziendale, dell'Università e del CNR.	Archiviazione, gestione e refertazione di tutte le prestazioni svolte dalle apparecchiature connesse alla procedura. Attualmente non tutte le apparecchiature sono connesse.	in tempo reale	Dipende dalla modalità alcune in tempo reale altre on-demand	Ing. Magliulo (2226). Tecnici di radiologia, medici.
"Eliot" Engineering	Programma per la gestione del centro trasfusionale. Possiede un DB autonomo.	Centro Trasfusionale (edificio S/D)	Potenziamente server della rete regionale trasfusionale, ma non ancora implementato; connesso a Diamante, ma non ancora funzionante per mancata interfaccia dei sistemi	Accettazione, archiviazione, raccolta dati e refertazione sui campioni ematici	Attualmente i dati provenienti dal laboratorio d'analisi sono immessi manualmente; in futuro, arriveranno direttamente da Diamante. Vengono caricati, in tempo reale, tutti i passaggi del campione ematico.	I dati relativi alla vendita di unità di sangue alle strutture convenzionate sono trasmesse a fine mese alla ragioneria che emette fattura; questa procedura potrebbe anche essere svolta da Eliot stesso. I dati di attività, invece, arrivano alla direzione sanitaria ogni tre mesi con un file excel che viene ritirato da un referente della direzione.	Sig. Tammaro

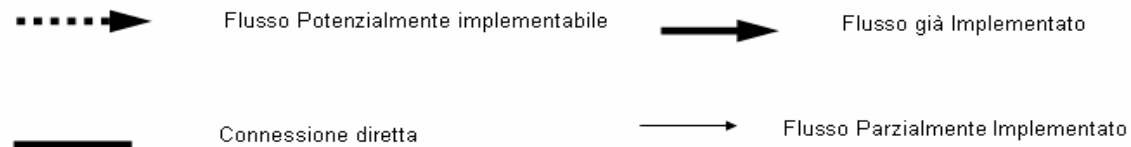
SOFTWARE e Softwarehouse	Caratteristiche del Software	DAS o servizi che utilizzano il software	Connessione al Network	PRESTAZIONI che vengono gestite dal software	TEMPISTICA CARICAMENTO DATI	TEMPISTICA TRASMISSIONE DATI	REFERENTI e Utilizzatori
"Diamante" Informatica Medica	Dispone di un DB proprio su cui immagazzina le informazioni sulle prestazioni erogate al max per 1 semestre	Medicina di Laboratorio (edificio 4)	Situazione Attuale: il referente estrae i dati mensilmente attraverso file excel e li consegna alla direzione sanitaria che li immagazzina in Quany e ADT. Situazione Futura: con l'implementazione nel network del software Order Entry e Order Filler potrà essere direttamente connesso in tempo reale ad ADT.	Routine Biochimica Biochimica Ematologica Biochimica Emostas Indagini Speciali Indagini Gas cromatografiche Indagini Mucopolisaccaridici Indagini Citofluorimetriche Biologia Molecolare Analisi di Urgenze	In tempo reale	ogni fine mese vengono trasmessi alla Direzione Sanitaria (Sig. Papallo) i dati relativi al mese precedente	Dott.ssa Lupo (2415)
"Quani" B.I.M.	E' un semplice applicativo privo di database che elabora le informazioni relative alle SDO	Direzione Sanitaria	Situazione Attuale: è connesso ad ADT che gli fornisce i dati relativi alle SDO. La connessione consiste nel caricamento da parte di un operatore dei dati da un sistema ad un altro. Situazione Futura: eventualmente il flusso di informazioni corrette potrebbe automaticamente riconfluire in ADT.	Elaborazione, correzione e redazione di statistiche sanitarie dai dati estratti dalle SDO. La correzione avviene su Quani e i dati corretti non sempre riconfluiscono su ADT.	Variabile a seconda della disponibilità delle schede da ogni DAS	Ogni tre mesi circa a seconda del volume dei dati da trasmettere e in proporzione agli anni precedenti	Sig.ra Patrizia Ricciardi (int.3893)
"ADT" Engineering	Software di gestione ricoveri ordinari, DH e DS.	Ogni dipartimento che tra le sue attività annovera RO, DH e DS; la direzione Sanitaria; il SIS; il Controllo di Gestione	Situazione Attuale: interfaccia con la banca dati anagrafica comune anche agli altri software dei servizi; Situazione Futura: potrebbe essere connesso automaticamente con tutti gli altri software dei servizi sanitari; potrebbe direttamente fornire i dati alla regione e potrebbe fornire le informazioni economicamente rilevanti direttamente ad Olamm	Registra le accettazioni dimissioni e trasferimenti dei pazienti ricoverati in RO, DH, DS; emissione SDO e Flussi regionali e ministeriali; archivia i dati immessi nei dipartimenti e li comunica a quany; spesso necessitano di correzioni operate dalla direz. Sanitaria.	al momento dell'accettazione paziente e per tutta la durata del ricovero; attualmente solo gli amministrativi caricano i dati che possono subire ritardi di immissioni.	in tempo reale sono a disposizione di chiunque abbia consentito l'accesso al software	attualmente gli amministrativi e gli specializzandi, principalmente, ma in futuro tutti gli operatori

SOFTWARE e Software house	Caratteristiche del software	DAS o servizi che utilizzano il software	Connessione al Network	PRESTAZIONI che vengono gestite dal software	TEMPISTICA CARICAMENTO DATI	TEMPISTICA TRASMISSIONE DATI	REFERENTI e Utilizzatori
"Preospedalizzazione" Engineering	Può considerarsi un'espansione del Software ADT in quanto consente di attribuire un codice relativo ai pazienti che compiono indagini pre-ricovero, registrandole e, poi, fa confluire il dato in ADT qualora il ricovero si concretizzi o registra la sola preospedalizzazione e in caso di non ricovero (o lista d'attesa).	Ogni dipartimento che tra le sue attività annoveri la preospedalizzazione dei pazienti; la direzione Sanitaria; il SIS; il Controllo di Gestione.	Situazione Attuale: è in fase di implementazione. Situazione Futura: sarà connesso all'anagrafica; permetterà il trasferimento dei dati economicamente significativi ad Olamm delle prestazioni della fase di preospedalizzazione; connessione ad ADT per i prericoveri che si finalizzano in ricoveri.	Registrazione delle prestazioni fornite al paziente in fase di preospedalizzazione.	al momento dell'accettazione paziente e per tutta la durata del prericovero; attualmente in fase di implementazione.	in tempo reale sono a disposizione di chiunque sia autorizzato all'accesso al software.	attualmente nessuno; in futuro tutti gli operatori.
"SGP" Engineering	È un software per la gestione delle prestazioni ambulatoriali (compreso il servizio di CUP) e intermedie escluse le diagnostiche di laboratorio.	Ogni dipartimento che tra le sue attività annoveri le prestazioni ambulatoriali; la direzione Sanitaria; il SIS; il Controllo di Gestione.	Situazione Attuale: è connesso al DB proprio e all'Anagrafica. Situazione Futura: potrà registrare la maggior parte delle prestazioni intermedie e trasmettere le informazioni economicamente significative ad Olamm.	Attualmente registra le prenotazioni e la lista d'attesa per le prestazioni ambulatoriali; gestisce la registrazione di tutte le prestazioni di diagnostica per immagini. In futuro gestirà il CUP e con le sue potenzialità consentirà la registrazione delle prestazioni d'urgenza, le consulenze e tutte le altre prestazioni intermedie.	Le prestazioni ambulatoriali sono registrate all'arrivo del paziente in tempo reale; le prestazioni di radiologia per interni sono registrate con estrema variabilità e non sempre con completezza perché l'uso della procedura non è uniformemente diffuso all'interno del Das.	in tempo reale sono a disposizione di chiunque sia autorizzato all'accesso al software.	Attualmente il dato è caricato esclusivamente dagli amministrativi del DAS, ma in futuro da tutti gli operatori o in automatico direttamente dopo la prestazione.
"Order entry/filler" Engineering	Software di richiesta e inoltro prestazioni interne ed esterne.	Tutti i Das, la Direzione Sanitaria, il S.I.S. e il Controllo di Gestione.	Situazione Attuale: sono in fase di implementazione. Situazione Futura: saranno i connettori su cui verterà l'intero flusso di prestazioni da e verso i servizi. Si interfaceranno con tutti i software dell'area sanitaria.	Gestione richieste e prestazioni associate alle singole strutture; gestione dello stato delle richieste; pianificazione degli appuntamenti; registrazione erogazione e refertazione.	Non è attualmente in uso la procedura; in futuro sarà disponibile il dato appena si verifica la richiesta.	in tempo reale sono a disposizione di chiunque sia autorizzato all'accesso al software.	Da tutti gli operatori in futuro; oggi da nessuno.

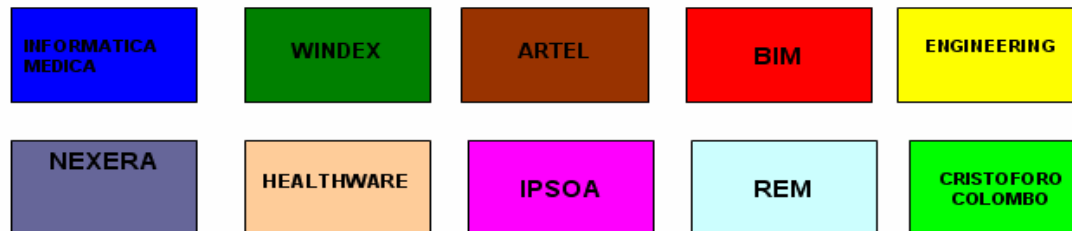
SOFTWARE e Software house	Caratteristiche del Software	DAS o servizi che utilizzano il software	Connessione al Network	PRESTAZIONI che vengono gestite dal software	TEMPISTICA CARICAMENTO DATI	TEMPISTICA TRASMISSIONE DATI	REFERENTI e Utilizzatori
"Winsap" Engineering	Software per la gestione delle prestazioni di anatomia patologica	Anatomia patologica (ed. 20)	Situazione Attuale: non tutte le apparecchiature sono connesse alla procedura, quindi lavorano in parallelo con duplicazioni di procedure per alcune prestazioni. Non trasferisce dati in automatico. Situazione Futura: verrà eliminata la fase di accettazione e invio refertazione grazie ad Entry e Filler, e tutte le apparecchiature dovranno interfacciarsi al sistema e trasmettere in automatico le informazioni.	Accettazione, archiviazione, raccolta dati, refertazione, gestione taglio e colorazione sui campioni. Attualmente attribuisce un numero identificativo ad ogni campione e lo riporta sullo stesso grazie alla stampigliatrice. Gli altri dati relativi al campione e alle sue analisi sono inseriti manualmente dagli autorizzati alla procedura. Necessitano di migliorare l'interfaccia tra software e apparecchi.	Al momento della ricezione del campione e fino alla sua refertazione e archiviazione.	Ogni tre mesi viene inoltrato alla direz. Sanitaria un documento cartaceo e un file su floppy con l'attività specifica mensile.	Dott. Mezza. Tecnici di laboratorio, amministrativi e medici patologi
"Netcare" Healthware	E' un software che potenzialmente può gestire tutte le operazioni di un ospedale. Si sovrappone ad ADT. Detiene un proprio DB.	Solo l'area funzionale di Oncologia	Situazione Attuale: si interfaccia ad ADT tramite un applicativo (Aragon) e condivide l'anagrafica e le dimissioni. Le SDO sono immesse direttamente su ADT; Situazione Futura: si potrebbe creare un canale diretto per la trasmissione SDO.	Gestione delle attività di ricerca Clinica Oncologica a 360° (prescrizioni, consumi, refertazioni, codifica SDO ecc.)	in tempo reale solo parte degli operatori usa la procedura; altri gestiscono in cartaceo.	Ogni tre mesi vengono caricate le SDO su ADT	Dott. De Laurentis. Potenzialmente tutti gli operatori, attualmente solo parte dei medici e qualche amministrativo
"Diagnosys" Cristoforo Colombo	Software di gestione delle procedure di Patologia Clinica tranne la citogenetica, microbiologia e sierologia perché non implementata la procedura.	Patologia Clinica (ed. 4)	Situazione Attuale: non trasmette dati alla rete; gestisce solo i dati caricati. Situazione Futura: verrà eliminata la fase di accettazione e invio refertazione grazie ad Entry e Filler, e tutte le apparecchiature dovranno interfacciarsi al sistema e trasmettere in automatico le informazioni.	Patologia Clinica (Analisi endocrinologiche); Microbiologia (Diagnostica microbiologica delle patologie infettive a carico dei diversi organi e apparati); Sierologia (Ricerca di anticorpi diretti verso la maggior parte degli agenti patogeni, batterici, virali e parassiti).	Vengono immessi nel sistema al momento dell'accettazione e tutti i campioni	Ogni tre mesi inoltro di un file su floppy alla Direz. Sanitaria e in cartaceo i dati relativi alle branche non dotate di procedura	Sig. Sabino Alvino (3242 - 3204). Tecnici di laboratorio, amministrativi e medici.

ALLEGATO 2: Sistema informatico aziendale

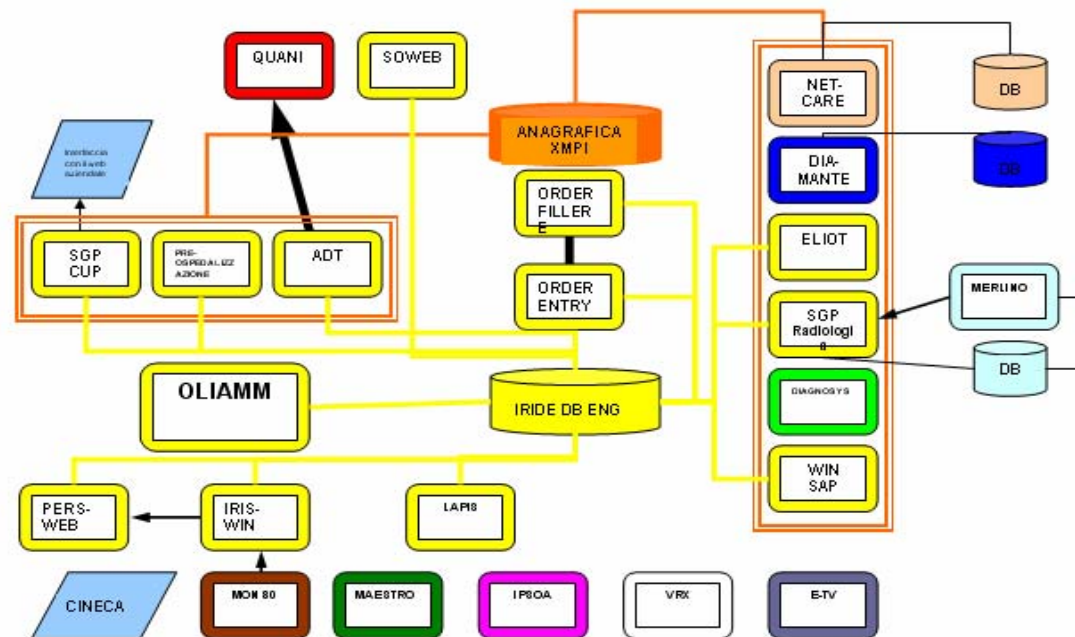
INDICAZIONI PER UNA PIU' AGEVOLE LETTURA DELLA FOTOGRAFIA DEL SISTEMA INFORMATICO AZIENDALE



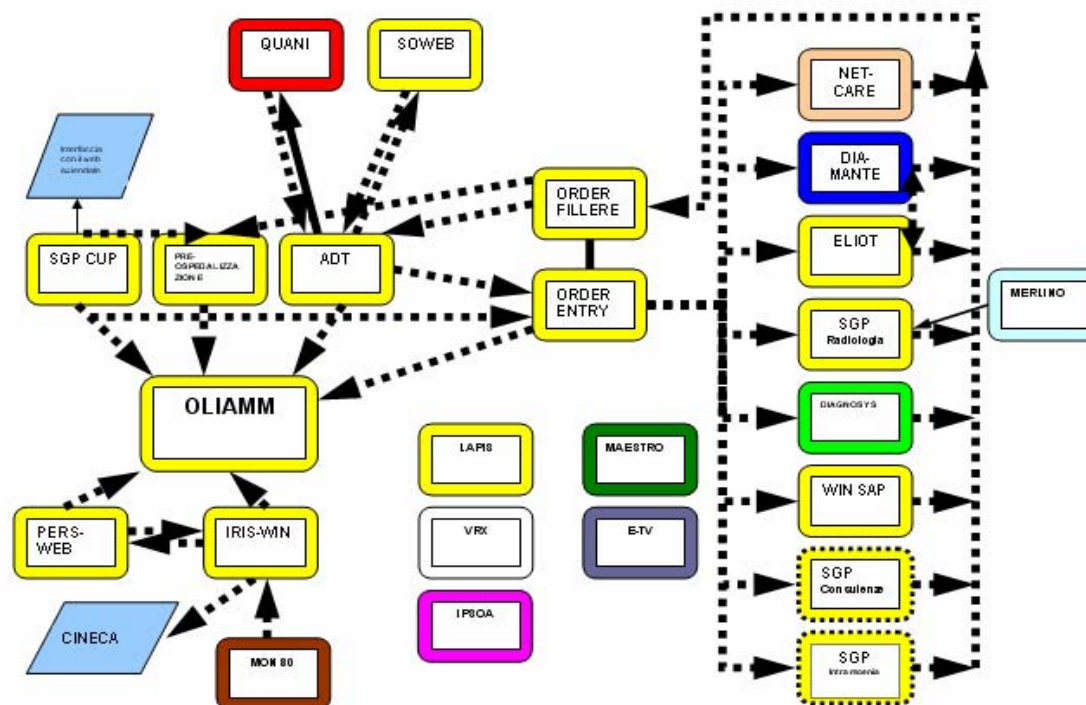
Ad ogni softwarehouse è stato attribuito un colore differente per distinguerle ed evidenziare le necessarie connessioni tra loro per interfacciare i diversi sistemi.



SITUAZIONE ATTUALE DEL SISTEMA INFORMATICO AZIENDALE



SISTEMA POTENZIALMENTE INTEGRATO



ALLEGATO 3: Fasi del ciclo di budget

N° FASE	Direzione strategica	Direttori dei DAI	Controllo di gestione	Comitato di budget	Nucleo di valutazione	Tempo	Settimane
1	Formulazione degli indirizzi di budget					OTTOBRE	1
2	Presentazione obiettivi aziendali						
3			Predisposizione della scheda di budget ed invio della stessa ai Direttori di Dipartimento. Avvio dello "sportello budget"			OTTOBRE	2
4	Analisi e discussione dei dati delle schede di budget. Continua "Sportello budget"					OTT / NOV	2
5	Presentazione delle proposte aziendali di obiettivi per i DAI. Continua "Sportello budget"					NOVEMBRE	2
6	Presentazione delle proposte dipartimentali di obiettivi e definizione degli obiettivi di budget. Continua "Sportello Budget"					NOV / DIC	2
7				Valutazione delle schede di budget e degli obiettivi negoziati		DICEMBRE	1
8	Eventuale rinegoziazione					DICEMBRE	entro fine anno
9			Compilazione schede di budget			DICEMBRE	entro fine anno
10	Approvazione della scheda di budget	Firma del Direttore del DAI della scheda relativa al proprio CdR				DICEMBRE	entro fine anno
11			Avvio del processo di rilevazione e reporting			GENNAIO	trimestrale
12	Discussione della reportistica		Discussione della reportistica			LUGLIO	1
13	Eventuale rinegoziazione					LUGLIO	2
14					Valutazione dei risultati e chiusura del processo	DICEMBRE	entro fine anno

ALLEGATO 4: Obiettivi di programmazione

Scheda Negoziazione Aziendale (programmazione obiettivi dell'anno)

Macro-leve	Leve su cui agire	Azioni	Indicatori
Attività	A appropriatezza del regime di erogazione assistenziale con riconversione dei posti letto RO in posti letto DH	variare mix posti letto (da RO a DH/DS)	- indicatori attinenti della scheda di budget (n° ricoveri O/Lgg, valore economico per P.L e per DRG, tasso di O.M., prestazioni intermedie, costo del personale etc.)
	Sviluppo case-mix assistenziale di interesse regionale a maggiore valorizzazione	Incremento attività assistenziale di maggiore interesse regionale -informazione ai MMG	- n° prestazioni sanitarie promosse dalla Regione - n° ricoveri fuori regione
	Complessità prestazioni	Incremento attività ad alta complessità Miglioramento della codifica della SDO	- Aumento del peso medio - Aumento della % dei casi CC
	A appropriatezza dell'ambito di cura	Raggiungere maggiore coerenza tra UO C e DRG C Monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso il PRUO	- Aumento della % dei casi chirurgici nelle unità operative chirurgiche - Diminuzione della % dei ricoveri inappropriati
Uso Risorse	Costo del personale	blocco turn-over personale	- Diminuzione delle ore di straordinario
	Costo farmaci	Efficienza della spesa per consumi farmaceutici	- consumo/dimesso
	Costo dispositivi medici	Efficienza della spesa per dispositivi medici	- consumo/dimesso
	Costo prestazioni intermedie	Numero di prestazioni per tipologia di caso trattato	- costo delle prest./dimesso
Organizzazione lavoro	Organizzazione e gestione dei percorsi assistenziali	Definizione percorsi	- Attivazione di protocolli operativi per almeno i primi 10 DRG della casistica complessiva
	liste di attesa	riduzione liste attese SSN	- tempo di attesa medio - tempo di attesa massimo
	Organizzazione e gestione delle sale operatorie	Ridistribuzione degli interventi ottimizzando l'utilizzo delle sale operatorie	- N° interventi/ n° ore di sala operatoria
	Ore di straordinario	diminuire costo straordinario per DAS	
	Integrazione con altre aziende sul territorio	-	
	Coordinamento con l'emergenza (es. integrazione 118)		
	Utilizzo apparecchiature		
	Utilizzo Ambulatori		

ALLEGATO 5: Scheda di budget con dati di attività ed economici

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

scheda di budget

pagina 1

Dipartimento:

Dati strutturali	Dotazione personale equiv.: al 2004 n° 59 (Medici 15 ; Infermieri 19 ; OTA 9 ; Laureati sanit. non medici 2 ; Tecnici Sanit. 2 ;Tecnici 3 ; Amm. vi 9)					
	Dotazione personale equiv.: al 2005 n° 44 (Medici 13 ; Infermieri 17 ; OTA 7 ; Laureati sanit. non medici 1 ; Tecnici Sanit. 1 ; Tecnici 1 ; Amm. vi 4)					
	Dotazione apparecchiature rilevanti per l'attività dipartimentale					
	N posti letto in dotazione RO	Anno 2004	32	Anno 2005	32	
	N posti letto in dotazione DH	Anno 2004	3	Anno 2005	3	
	N posti letto medi RO	Anno 2004	22	Anno 2005	22	
	N posti letto medi DH	Anno 2004	3	Anno 2005	3	
Numero ambulatori		Anno 2004		Anno 2005		

	Anno 2004	Anno 2005
Attività	N. dimessi RO	885
	<i>di cui extra regione</i>	35
	N. cicli chiusi DH (casi)	1.066
	<i>di cui extra regione</i>	48
	N. accessi	1.157
	N. prestazioni ambulatoriali per esterni	1.046
	N. consulenze interne	n.d.
	N. consulenze esterne	n.d.
	N. ricoveri LP intramoenia	83
	N. prestazioni ambulatoriali LP intramoenia	n.d.
	N. pubblicazioni inerenti all'attività assistenziale	n.d.
Costi diretti sanitari	Costo Farmaci (esclusi fascia H)	250.437
	Costo Beni sanitari	585.831
	N. prestazioni richieste ai servizi di diagnostica per immagine	2.208
	N. prestazioni richieste ai servizi di diagnostica di laboratorio	41.096
Processo	Tempi d'attesa medi delle prestazioni ambulatoriali	n.d.
	% di dimissione registrata nell'arco di 24h in RO	n.d.
	% di cartelle chiuse entro 30 giorni in RO	n.d.
	Degenza media	6,0
	N. accessi medio in DH	1,1
	% casi complicati	27%
	% ricoveri chirurgici	63%
	Degenza preoperatoria media	4
	Peso medio DRG (RO)	1,2
	Media delle prestazioni ambulatoriali effettuate in un ora	n.d.

		Anno 2004	Anno 2005
Appropriatezza	N. ricoveri < 2 gg.	95 (11%)	97 (11%)
	N. ricoveri oltre soglia	4 (4%)	6 (0,6%)
	N. di ricoveri ripetuti entro 30 giorni	0	0
	N. di decessi	0	1
Efficienza	Occupazione media RO	69%	72%
	Occupazione media DH	116%	101%
	Costo per paziente	1.730	1.865
	Costo per Euro prodotto	1,14	1,24
	Totale punti DRG su totale medici (equiv.)	118	147
	Totale punti DRG su totale infermieri (equiv.)	118	101
	costo del personale / totale costi	0,43	0,36
	costo del personale / totale costi diretti	0,55	0,50
	Costo dello straordinario / Unità personale equivalente	7.049	9.222
	costo prestazioni intermedie / totale costi diretti	0,08	0,09
	costo delle prestazioni intermedie per paziente	138	172
	% Assenteismo	8,6%	12,4%

NOTE

Il dato relativo alle apparecchiature, ricavato dal software OLIAMM, è da implementare in quanto non tutte le attrezzature aziendali sono caricate su tale software (ad es. le attrezzature acquistate con fondi regionali o universitari);

Il dato relativo al numero di prestazioni intermedie richieste ai servizi di diagnostica per immagini risulta sottostimato.

Il dato relativo alle prestazioni intermedie risulta parziale e stimato sulla base delle rilevazioni fatte nel 1° semestre dell'anno di riferimento.

LEGENDA
DATI STRUTTURALI
Dotazione personale equivalente: corrisponde al numero di persone che derivano dalla trasformazione del numero delle ore lavorative effettivamente svolte in numero di persone a tutti gli orari lavorativi a tempo pieno)
Dotazione apparecchiature rilevanti per l'attività dipartimentale: dato da implementare con la rilevazione delle apparecchiature (economicamente significative) indispensabili per l'assistenza routinaria del reparto.
Posti letto in dotazione: numero di posti letto in dotazione al Dipartimento ai sensi del Protocollo d'Intesa Università-Regione stipulato il 18/07/03
Posti letto medi: media sull'anno dei posti letto disponibili al mese
Numero ambulatori: dato da implementare
ATTIVITA'
N. Dimessi RO: totale delle dimissioni rilevate dalle SDO dei ricoveri ordinari
di cui extra regione: dimissioni relative a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva)
N. cicli chiusi DH: totale delle dimissioni rilevate dalle SDO dei ricoveri in DH
di cui extra regione: dimissioni relative a pazienti provenienti da altre regioni (mobilità attiva)
N. Accessi: numero di giornate di degenza corrispondenti ad uno stesso caso di day hospital
N. Prestazioni ambulatoriali per esterni: prestazioni erogate in regime ambulatoriale a pazienti esterni
N. consulenze interne: tale dato verrà rilevato attraverso uno specifico registro, confluirà alla direzione Sanitaria e sarà riferimento per obiettivi incentivanti.
N. consulenze esterne: dato da implementare
N. ricoveri LP intramoenia: numero di ricoveri effettuati dai medici in libera professione intramoenia
COSTI DIRETTI SANITARI: costi direttamente ascrivibili ad un qualunque centro di costo
Farmaci: indica il consumo dei farmaci. Tale calcolo non comprende i farmaci di Fascia H
Beni sanitari: indica il consumo dei dispositivi medici
N. prestazioni richieste ad altri reparti: prestazioni diagnostiche richieste ai servizi di laboratorio (biochimica clinica e patologia clinica) e ai servizi di diagnostica per immagini
PROCESSO
Tempi d'attesa a medi delle prestazioni ambulatoriali: il tempo che mediamente intercorre dal momento della prenotazione al momento della prima visita
% di dimissioni registrate nell'arco di 24h in RO: è dato dal rapporto percentuale tra il numero di SDO con dimissione entro le 24 h. sul totale delle SDO prese a campione
% di SDO chiuse entro 30 giorni in RO: è dato dal rapporto percentuale tra il numero di SDO chiuse entro i 30 giorni e il numero totale delle SDO prese a campione.
Degenza media: Rapporto fra numero di giornate di degenza erogate ai pazienti e numero dei pazienti stessi
N.accessi medio in DH: rapporto tra il numero di accessi totali e numero di casi di DH
% casi complicati: è dato dal rapporto percentuale tra il numero di casi con DRG complicati rispetto al numero di casi con DRG omologhi senza complicanze.
% ricoveri chirurgici: indicazione % di quanti ricoveri di area chirurgica vengono effettuati rispetto al totale dei ricoveri.
Degenza preoperatoria media: media dei giorni trascorsi dal ricovero all'intervento
Peso medio DRG (RO): somma dei pesi corrispondenti a ciascun DRG relativo ai RO / numero dei ricoveri ordinari
Media delle prestazioni ambulatoriali effettuate in un ora: è uguale al rapporto tra il numero delle prestazioni ambulatoriali effettuate e il totale di ore di funzionamento dell'ambulatorio

APPROPRIATEZZA
N ricoveri < 2gg.: numero di ricoveri effettuati con numero di giornate di degenza inferiore a 2
N ricoveri oltre soglia: numero di ricoveri effettuati oltre il valore soglia relativo a ciascun DRG
N. di ricoveri ripetuti entro 30 giorni: numero di ricoveri ripetuti nello stesso reparto di dimissione per la stessa patologia entro 30 gg dalla dimissione
N. di decessi: Numero di pazienti deceduti rilevati dalle SDO
EFFICIENZA
Occupazione media RO: indica il rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettivamente utilizzate e le giornate di degenza teoricamente disponibili (queste ultime si ottengono moltiplicando il numero di P.L. medi per i giorni dell'anno disponibili)
Occupazione media DH: indica il rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettivamente utilizzate e le giornate di degenza teoricamente disponibili (queste ultime si ottengono moltiplicando (il numero di P.L. medi disponibili * 2) per i giorni dell'anno esclusi i sabati e le domeniche)
Costo per paziente: è dato dal rapporto tra costi totali (esclusi costi indiretti) e numero di ricoveri ordinari + day hospital
Costo per euro prodotto: è dato dal rapporto tra costi totali (comprensivi di costi indiretti) e ricavi totali (questi ultimi composti dai ricavi dei RO, DH e delle prestazioni ambulatoriali + quota 25% per attività dei centri regionali)
media punti DRG su totale medici (equiv.): rapporto tra la sommatoria dei pesi relativi di ciascun DRG trattato / totale medici equivalenti
media punti DRG su totale infermieri (equiv.): rapporto tra la sommatoria dei pesi relativi di ciascun DRG trattato / totale infermieri equivalenti
costo del personale / totale costi: rapporto tra costo personale sul totale dei costi
costo del personale / totale costi diretti: rapporto tra costo personale sul totale dei costi diretti
Costo dello straordinario / Unità personale equivalente: rapporto tra costo dello straordinario e numero totale di unità di personale equivalente
costo prestazioni intermedie / totale costi diretti: costo della prestazioni richieste ai servizi centralizzati sul totale dei costi diretti
costo delle prestazioni intermedie per paziente: è dato dal rapporto tra il valore delle prestazioni richieste ad altri reparti e il numero di pazienti in RO e DH
% Assenteismo: percentuale del numero di ore di assenza rispetto al numero teorico di ore lavorative

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA FEDERICO II

Conto economico del dipartimento di

pagina 5

		Anno 2004	Anno 2005	Scostamento %
Valore dei servizi erogati				
	Valore ricoveri ordinari	2.798.812	2.816.497	0,6%
	Valore medio DRG RO	3.162	3.140	-0,7%
	Valore economico per PL RO	133.277	134.119	0,6%
	Valore DH	516.020	598.681	16,0%
	Valore medio DRG DH (per accesso)	446	602	35,0%
	Valore economico per PL DH	258.010	299.341	16,0%
	di cui introiti libera professione	226.049	134.139	-40,7%
	Valore prestazioni ambulatoriali	20.031	17.639	-11,9%
	Quota di incremento del 25 % per attività svolte nei Centri regionali	414.354	426.897	3,0%
	Valore prestazioni per interni	n.d.	n.d.	n.d.
	TOTALE RICAVI	3.749.217	3.859.714	2,9%
Costi della produzione				
	Costo personale (escluso straordinario)	1.862.330	1.710.968	-8,1%
	Collaboratori professionali	0	0	
	Ammortamento attrezzature sanitarie	83.076	83.076	0,0%
	Manutenz. apparecchi elettromed. (SGAE)	7.624	0	-100,0%
Fissi	Convenzioni esterne	0	0	
	TOTALE COSTI FISSI	1.953.029	1.794.044	-8,1%
	Costo straordinario	317.187	405.759	27,9%
	Farmaci	250.437	311.950	24,6%
	di cui Fascia H	0	0	
	Beni sanitari	585.831	567.866	-3,1%
	Valore prestazioni intermedie richieste ai serv.di Diagnostica Imm.	115.551	141.355	22,3%
Variabili	Valore prestazioni intermedie richieste ai serv.di Laboratorio	152.797	170.621	11,7%
	TOTALE COSTI VARIABILI	1.421.804	1.597.551	12,4%
	TOTALE COSTI DIRETTI ATTRIBUITI	3.374.833	3.391.595	0,5%
	MARGINE DI CONTRIBUZIONE 1° LIVELLO	374.384	468.119	25,0%
	Costi indiretti	911.644	1.376.813	51,0%
	MARGINE DI CONTRIBUZIONE 2° LIVELLO	-537.260	-908.694	69,1%

NOTE:

I dato relativo al valore di prestazioni intermedie richieste ai servizi di diagnostica per immagini risulta sottostimato

Per la voce Valore prestazioni intermedie i dati relativi ai due anni sono parziali ed in fase di implementazione

La quota di incremento del 25 % è calcolata sul 50 % del valore dei ricoveri RO+DH

I costo del personale non sarà oggetto di negoziazione

I valore dei Farmaci Fascia H non incide sui costi dell'esercizio

LEGENDA:
Valore Ricoveri Ordinari è ottenuto dai dati delle SDO moltiplicando il numero delle prestazioni in RO per i rispettivi DRG.
Valore DH è ottenuto dai dati delle SDO moltiplicando il numero delle prestazioni in DH per i rispettivi DRG.
Valore economico per PL RO individua il rapporto fra totale dei ricavi ottenuti in RO / il numero dei posti letto medi
Valore Economico per PL DH individua il rapporto fra totale dei ricavi ottenuti in DH / il numero dei posti letto medi
Valore Medio DRG RO indica il peso medio dei DRG calcolato sulla base di tutte le prestazioni effettuate in RO
di cui introiti libera professione si riferisce alla quota parte del valore DH e RO inclusi nelle due voci precedenti
Valore prestazioni ambulatoriali è ottenuta moltiplicando il numero delle prestazioni ambulatoriali per la rispettiva tariffa per tipologia
Quota di increm. 25% per attività dei centri regionali si riferisce alla quantificazione dell'incremento del valore della tariffa per tutte le attività erogate nei centri regionali individuati nell'azienda come specificate nel protocollo d'intesa (18/7/03 art. 10).
Prestazioni per interni rappresenta il valore delle prestazioni erogate ad altri dipartimenti. Sono comprese le consulenze
Costo del personale è ottenuto come da CCNL
Collaboratori professionali indica il costo del lavoro dei collaboratori calcolato in base alle h di contratto annuo.
Ammortamenti si riferisce alla somma delle quote di costo annuali di tutte le immobilizzazioni materiali a disposizione del dipartimento.
Manutenzione Apparecchi. Elettromedicali è desunto dalla somma dei costi di manutenzione delle apparecchiature sanitarie.
Convenzioni esterne è ottenuto sommando le spese annue relative alle h di altri enti o aziende sanitarie.
Servizi sanitari richiesti all'esterno indica prestazioni richieste ad altre strutture sanitarie (sporadiche)
Costo straordinario è ottenuto moltiplicando le h/annue di straordinario di ogni categoria professionale per la tariffa rispettiva.
Farmaci individua il costo totale annuale dei farmaci consumati in ogni dipartimento secondo i dati della farmacia aziendale.
di cui Fascia H individua il valore annuo dei farmaci utilizzati che saranno poi rimborsati dalla regione (dato farmacia aziendale)
Beni Sanitari indica il costo degli acquisti annui per dipartimento dei presidi sanitari; il dato è desunto dalla banca dati Oliamm.
Valore prestazioni intermedie richieste ai serv.di Diagnostica Imm.: numero delle prestazioni intermedie richieste al servizio di diagnostica per immagini valorizzato secondo il tariffario regionale
Valore prestazioni intermedie richieste ai serv.di Laboratorio: numero delle prestazioni richieste al servizio di laboratorio valorizzate secondo il tariffario regionale
Costi indiretti comprende: Lavanderia; Vito degenti; Combustibili impianti termici; Servizio pulizia locali e prelievo rifiuti; Servizio smaltimento rifiuti radioattivi; Vigilanza; Smaltimento rifiuti tossici; Servizio disinfezione, disinfezione e derattizzazione; Servizio trasporti e facchinaggi; Acqua; Luce; Telefono; Energia impianto cogenerazione
Costi indiretti il dato è stato ottenuto ribaltando i costi in base al N°PLE Unità di Personale
Margine di Contribuzione 1° livello è ottenuto dalla differenza tra il totale dei ricavi - totale dei costi diretti attribuibili
Margine di contribuzione 2° livello è ottenuto dalla differenza tra margine di 1° livello e costi indiretti

ALLEGATO 6: Scheda obiettivi proposti e condivisi

SCHEDA DI BUDGET

Dipartimento Chirurgia, Ortopedia, Traumatologia, Microchirurgia e Riabilitazione

Macro-leve	Leve su cui agire	OBIE TTIVI PROPOSTI	NOTE - PROBLEMA TICHE	OBIE TTIVI CONCORDATI
Attività	Composizione mix di attività (appropriatezza del regime assistenziale)	Istituzione di un registro informatizzato per le consulenze al fine della valorizzazione di quest'ultime		Istituzione di un registro informatizzato per le consulenze al fine della valorizzazione di quest'ultime
		Si ipotizza la predisposizione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali secondo quanto previsto dalla normativa sul Day Service per i DH		Si ipotizza la predisposizione di pacchetti di prestazioni ambulatoriali secondo quanto previsto dalla normativa sul Day Service per i DH
		Riconversione dell'attività RO in DS/DH almeno per quei DRG LEA (vedi report allegato) con miglioramento dei tassi di occupazione media sia di RO che di DH	Bassa occupazione media di RO e DH Il Prof. sottolinea la difficoltà ad incrementare l'attività di DS, in quanto le sale operatorie sono già utilizzate al massimo. Si rende necessario verificare la programmazione delle attività al fine di una maggiore saturazione della capacità produttiva delle sale operatorie.	Riconversione dell'attività RO in DS/DH almeno per quei DRG LEA (vedi report allegato) con miglioramento dei tassi di occupazione media sia di RO che di DH
	Complessità prestazioni	Migliorare l'accuratezza della compilazione delle SDO	Dall'analisi dei case-mix, si rileva che i primi DRG sono senza complicanze (cc)	Migliorare l'accuratezza della compilazione delle SDO
		Aumentare la % di casi complicati		Aumentare la % di casi complicati
	Appropriatezza dell'ambito di cura	Ridurre la degenza preoperatoria media di almeno una giornata.	Si rileva una elevata degenza media preoperatoria dipartimentale (4,6)	Ridurre la degenza preoperatoria media di almeno una giornata.
		Migliorare il tasso di operatività (%ricoveri chirurgici)	Tra i primi 6 DRG, 3 sono di tipo medico.	Migliorare il tasso di operatività (%ricoveri chirurgici)
		Ridurre il numero di ricoveri < 2 giorni e dei ricoveri ripetuti entro 30 giorni	Si rileva un'alta percentuale di ricoveri < 2 giorni sia nel 2004 (24%) che nel 2005 (23%)	Ridurre il numero di ricoveri < 2 giorni e dei ricoveri ripetuti entro 30 giorni
		Adesione del Dipartimento al progetto PRUD (Protocollo di revisione dell'utilizzo dell'ospedale). Verifica della qualità della compilazione della cartella clinica e della documentazione in essa contenuta con particolare attenzione anche all'accuratezza della compilazione della SDO.		Adesione del Dipartimento al progetto PRUD (Protocollo di revisione dell'utilizzo dell'ospedale).
		Inserimento della data di prenotazione del ricovero sulla totalità delle SDO		Inserimento della data di prenotazione del ricovero sulla totalità delle SDO
	SDO	Chiusura informatica della SDO entro 30 giorni dalla data di dimissione		Chiusura informatica della SDO entro 30 giorni dalla data di dimissione
		Registrazione della SDO entro 48 h dalla dimissione		Registrazione della SDO entro 48 h dalla dimissione

Dipartimento Chirurgia, Ortopedia, Traumatologia, Microchirurgia e Riabilitazione

Macro-leve	Leve su cui agire	OBIE TTIVI PROPOSTI	NOTE - PROBLEMA TICHE	OBIE TTIVI CONCORDATI
Uso Risorse	Costo del personale		Circa gli UTA, il Direttore lamenta una mancanza di coordinamento e motivazione tra gli operatori Il costo del personale non è oggetto di negoziazione	
	Costo farmaci	Diminuzione del consumo dei farmaci del 3% rispetto al 2005 in caso di mantenimento della quantità/complessità dei casi trattati		Diminuzione del consumo dei farmaci del 3% rispetto al 2005 in caso di mantenimento della quantità/complessità dei casi trattati
	Costo dispositivi medici	Mantenimento dello stesso consumo di dispositivi del 2005 a fronte di un aumento della quantità/complessità dei casi trattati.	Si rileva la necessità di effettuare gare d'appalto per uniformare l'utilizzo di protesi	Mantenimento dello stesso consumo di dispositivi del 2005 a fronte di un aumento della quantità/complessità dei casi trattati.
	Costo prestazioni intermedie	Diminuzione del numero di prestazioni richieste del 3% rispetto al 2005 in caso di mantenimento della quantità/complessità dei casi trattati		Diminuzione del numero di prestazioni richieste del 3% rispetto al 2005 in caso di mantenimento della quantità/complessità dei casi trattati
	Liste di attesa	Attivazione del CUP per la parte di competenza del Dipartimento (predisposizione delle agende)	Si rilevano lunghe liste d'attesa ambulatoriali per l'ortopedia infantile	Attivazione del CUP per la parte di competenza del Dipartimento (predisposizione delle agende)
Organizzazione lavoro	PD TA	Definizione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PD TA) per 3 DR G individuati dal Dipartimento		Definizione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PD TA) per 3 DR G individuati dal Dipartimento
	Gestione delle sale operatorie	Predisposizione di un documento teso alla migliore organizzazione del blocco operatorio che tenda ad una maggiore saturazione della capacità produttiva del blocco stesso	Si lamenta una scarsa disponibilità delle sale operatorie a fronte dell'elevata attività del dipartimento, con il conseguente verificarsi di "colli di bottiglia"	Predisposizione di un documento teso alla migliore organizzazione del blocco operatorio che tenda ad una maggiore saturazione della capacità produttiva del blocco stesso
	Ore straordinario	Mantenimento dello stesso numero di ore di straordinario del 2005, anche in caso di diminuzione di personale	Il Direttore sostiene che gli elevati costi dello straordinario sono dovuti ai numerosi turni del personale addetto al SIRES	Mantenimento dello stesso numero di ore di straordinario del 2005, anche in caso di diminuzione di personale
	Coordinamento con l'emergenza (es. integrazione 118)			
	Utilizzo ambulatori		Verificare il numero delle prestazioni ambulatoriali. Il Direttore sostiene che non sono state calcolate le prestazioni esenti da ticket	

Per la Direzione

Responsabile del Dipartimento

Data

Prof.

_____/_____/_____

ALLEGATO 7: Report trimestrale

DAS CHIRURGIA direttore:... MONITORAGGIO OBIETTIVI DI BUDGET AL 1° TRIMESTRE 2007									
a cura del <i>Controllo Interno di Gestione</i>									
LEVA AZIENDALE	OBIETTIVO	SOTTOBIETTIVO	INDICATORE	CONSUMI 0 2005	OBIETTIVO 2007	OBIETTIVO al	Valore	% Raggiung.	
Attività	Ricoversione di quota parte dei casi di Ricovero ordinario in DH	Aumento almeno al 64 % dei casi trattati in DH per il DRG 284 (malattie minori della pelle senza cc) in DH sul totale, come previsto dalla Regione.	% dei casi trattati in dh/totale dei casi	35,00%	64,00%	64,00%	62,00%	0%	
	Ricoversione di quota parte dei casi di Ricovero ordinario in DH	Aumento almeno al 70 % dei casi trattati in DS per il DRG 266 (trapianti pelle e/o sbrigliam. escl. per ulcere pelle o cellulite senza cc) in DS sul totale, come previsto dalla Regione.	% dei casi trattati in dh/totale dei casi	56,00%	70,00%	70,00%	38,00%	0%	
	Ricoversione di quota parte dei casi di Ricovero ordinario in DH	Aumento almeno al 40 % dei casi trattati in DH per il DRG 261 (interventi mammella non per neoplasie maligne escl. Biopsia ed escissione locale) in DH sul totale, come previsto dalla Regione.	% casi in DH su casi trattati	4,00%	40,00%	40,00%	0,00%	0%	
	Attivazione del flusso informativo relativo all'attività di dialisi ai fini della valorizzazione		Si/No	No	Si	Si	No	0%	
Uso Risorse	Consumo dei farmaci	Mantenimento dello stesso consumo di farmaci del 2005	Spesa Farmaceutica (I)	457.073	457.073	114.268	328.708	0%	
	Consumo dei dispositivi	Diminuzione del 3% del consumo di dispositivi rispetto al 2005	Spesa Beni Sanitari (I)	1.650.454	1.600.940	400.235	214.431	100%	
	Numero di prestazioni di diagnostica per immagini	Diminuzione del numero di prestazioni richieste del 3% rispetto al 2005	N° prestazioni	5.139	4.385	1.246	1.343	44%	
	Numero di prestazioni di laboratorio	Diminuzione del numero di prestazioni richieste del 3% rispetto al 2005. (Sono comprensive delle prestazioni richieste dal Das mc.lab. e al Das di patologia clinica)	N° prestazioni	453.792	440.178	110.045	136.677	76%	
	Costo dello straordinario	Mantenimento costo dello straordinario del 2005	Costo dello straordinario					nd	
Organizzazione lavoro	Attivazione del CUP	Predisposizione delle agende	Si/No	No	Si	Si	No	0%	
	Definizione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) per 3 DRG in RO e 3 in DH individuati dal Dipartimento		Si/No	Si	No	Si	No	0%	
	Predisposizione di un documento teso ad una migliore organizzazione nell'utilizzo della sala operatoria		Si/No	Si	No	Si	in fase iniziale	25%	
MEDIA % RAGGIUNGIMENTO								22%	